Niveau(x) d'enseignement: 9 Numéro EDUQ : 9570527
Centre d'intérêt: 930

Gaudreau, Louise.

La formation québécoise d'intervenants en prévention du sida auprès des jeunes : rapport de recherche / Louise Gaudreau, Michèle Dupont, Serge P. Séguin. -- Montréal : Centre de recherches en éducation L.G., 1994.
viii, 168 p. : ill. ; 28 cm.

"La recherche a été subventionnée par le Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)". Bibliogr.: p. 109-112.

ISBN 2-9802401-3-3

Vedette(s)-secondaire(s): Dupont, Michèle * Séguin, Serge P * Centre de recherches en éducation L.G

Descripteur(s): Maladie transmise sexuellement * Programme de formation * Elaboration de programmes * Evaluation de programmes * Prévention * Education sexuelle * Jeune * Analyse de besoins * Instrument d'évaluation * Statistiques * Education des adultes

Identificateur(s) de sujet: Sida * Formation de l'intervenant

Ce rapport de recherche présente d'abord la problématique et le cadre conceptuel et théorique qui ont encadré cette étude de la formation des intervenants-jeunesse en prévention du sida. Puis, la méthodologie générale est exposée, suivie des étapes d'analyse des besoins de formation, de conception du programme-modèle de formation d'intervenants-jeunesse, d'expérimentation et d'évaluation du programme, d'analyse de l'impact de la formation suivie et finalement d'une discussion d'ensemble des résultats. Présentation du programme "virtuel" et du programme-modèle ainsi que résultats de l'analyse des programmes de formation des intervenants-jeunesse dans les annexes.

MFN: 3423

Louise GAUDREAU, Ph.D.
Michèle DUPONT, M.D., M.Sc.
Serge P.SÉGUIN, Ph.D.

***

La formation québécoise d'intervenants en prévention du sida auprès des jeunes: Rapport de recherche

***

1994
Centre de Recherches en éducation L.G. Inc.

95 70527
CADRE
CENTRE DE DOCUMENTATION
1940, BOUL. HENRI-BOURASSA EST
MONTRÉAL H2B 1S2

Louise GAUDREAU, Ph.D. [1,2] 252-0569
Michèle DUPONT, M.D., M.SC.[2]
Serge P. SÉGUIN, Ph.D.[1]

***

La formation québécoise d'intervenants en prévention du sida auprès des jeunes: Rapport de recherche

***

La recherche a été subventionnée par le
Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec
Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS)

1994
© Centre de Recherches en éducation L.G. Inc.
Montréal

1. Département des Sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal,
C.P. 8888 Succursale Centre-Ville, Montréal, Qué., Canada H3C 3P8
2. Unité de santé publique de l'Hôpital du Sacré-Coeur, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-Centre

Aimer quelque chose plus que la vie,
c'est faire que sa vie soit plus que la vie.

Jean Rostand
(Les inquiétudes d'un biologiste. Paris: Stock, 1967)

À la mémoire de Marie-Josée Brossard,
notre amie et collaboratrice emportée par le cancer
en automne 1993

Remerciements

Sans pouvoir nommer tous ceux et toutes celles qui ont contribué de près ou de loin à cette recherche, puisque leur nombre est impressionnant et il serait malheureux d'en oublier, nous tenons à ce qu'ils et elles reçoivent notre plus vive reconnaissance.

Grand merci ...

- aux intervenants et intervenantes qui ont bien voulu être répondants ou participants dans l'expérimentation

- aux responsables des écoles, des commissions scolaires, des syndicats d'enseignants et d'enseignantes, des centres d'accueil et des organismes sociaux ou communautaires qui ont été sollicités pour cette recherche et qui ont accepté de l'autoriser dans leur milieu

- aux responsables des dossiers reliés à la formation d'intervenants dans le domaine du sida:
  au ministère de l'Éducation et au ministère de la Santé et des Services sociaux
  au Centre Québécois de Coordination sur le Sida (CQCS)
  dans les différents ex-Départements de Santé communautaire (DSC) du Québec
  dans différents CLSC du Québec

- aux spécialistes en Sciences de l'éducation, en prévention du sida et en formation d'intervenants qui ont agit à titre de "juges-experts" dans cette recherche; les règles déontologiques de l'anonymat ne permettent pas de les identifier ici.

***

L'équipe de recherche:

Auxiliaires de recherche:	Lise Amyot, M.A.Sexologie Marie-Josée Brossard, B.A.Information scolaire et professionnelle Pascale Gingras, Ph.D.Psychologie (en cours) Eugène Graziani, M.A.Sexologie Lucie Geoffrion, B.Sc., Certificat en Sciences de l'éducation (en cours)
Agentes de recherche:	Geneviève Buissonnet, M.A.Sexologie, Ph.D.Éducation (en cours) Renée Labrie, M.A.Sexologie Liliane Lavertu, M.A.Sexologie
Formatrice:	Francine Michaud, M.A.Sexologie
Co-chercheurs:	Dr Michèle Dupont, M.D., M.Sc.Santé communautaire Serge P. Séguin, Ph.D.Éducation
Chercheuse principale:	Louise Gaudreau, Ph.D.Éducation

Les termes désignant des personnes, hommes et femmes, ont généralement été employés au masculin pour les besoins d'allègement du texte du rapport, sans que cela ne signifie que le masculin l'emporte toujours sur le féminin...

Table des matières

Remerciements		i
Table des matières		iii
Liste des tableaux		vi
Liste des figures		viii
Introduction		3
I-	Problématique	5
II-	Cadre théorique	9
	1. Aperçu de l'évolution de la formation d'intervenants-jeunesse en éducation sexuelle	9
	2. Les programmes de formation d'intervenants en prévention du sida	11
	2.1 Les objectifs	12
	2.2 Le contenu	13
	2.3 Les activités et méthodes de formation	14
	2.4 Les activités d'évaluation	15
III-	Méthodologie générale	17
	1. Phase I	18
	2. Phase II	19
IV-	Analyse des besoins de formation	21
	1. Échantillonnage	21
	2. Le questionnaire	21
	3. Les répondants	22
	4. Résultats	24
	4.1 Les connaissances	24
	4.2 Les attitudes	27
	4.3 Les comportements d'intervention	28
	4.4 Les attentes et les souhaits à l'égard du contenu, des habiletés et des activités de formation en prévention du sida	31

Table des matières (suite)

V- Conception du programme-modèle québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida 37

1. Conception du programme "virtuel" 37

1.1 Sources d'information 37

1.2 Analyses de contenu 38

2. Mise à l'épreuve du programme virtuel 38

2.1 Confrontation du programme virtuel avec les informations de la grille-synthèse représentant les programmes québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida 41
a) Méthodologie 41
b) Résultats 41

2.2 Confrontation du programme virtuel avec les modèles éducationnels 42
a) Méthodologie 42
b) Résultats 42

2.3 Confrontation du programme virtuel avec les besoins de formation des intervenants 44
a) Méthodologie 44
b) Résultats 44

2.4 Ajustements du programme virtuel et production du programme-modèle 45

VI- Expérimentation et évaluation du programme-modèle 47

1. Les participants 47

2. L'application du programme-modèle 49

2.1 La formatrice 49

2.2 Le programme en action 49

3. Le questionnaire administré en prétest, en postest et en post-postest 56

4. Résultats de l'évaluation du programme-modèle québécois 57

4.1 Effets du programme-modèle québécois sur les connaissances et les attitudes 57

4.2 Effets du programme-modèle québécois sur les comportements d'intervention 60

4.3 Satisfaction des participants envers le programme-modèle 76

5. Bilan de l'évaluation de la formation d'intervenants-jeunesse à la québécoise, en prévention du sida 78

6. La formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida: jugements et recommandations 80

Table des matières (suite)

VII- L'impact de la formation suivie en prévention du sida: comparaison entre intervenants scolaires et non scolaires 83

1. Les répondants, selon qu'ils sont intervenants scolaires ou hors scolaires 83
2. Comparaison entre intervenants scolaires et hors scolaires, quant à l'impact de la formation québécoise sur leurs connaissances et leurs attitudes 84
3. Comparaison entre intervenants scolaires et hors scolaires, quant à l'impact de la formation québécoise sur leurs comportements d'intervention 88
4. Bilan des comparaisons de l'impact du programme sur les intervenants scolaires et hors scolaires 93

VIII- Discussion d'ensemble des résultats 94

1. Sommaire de la démarche et des résultats de la recherche 95
2. Limites des résultats et de la recherche 96
3. Prévention du sida et éducation sexuelle dans la formation d'intervenants-jeunesse 99

Conclusion 105

Références 109

Annexe 1: Résultats de l'analyse des programmes de formation des intervenants-jeunesse québécois dans le domaine du sida 113

Annexe 2: Programme "virtuel": première version du programme-modèle québécois de formation d'intervenants-jeunesse en matière de prévention du sida 125

Annexe 3: Résultats du jugement sur le programme "virtuel" 137

Annexe 4: Le programme-modèle de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida et des MTS 159

Liste des tableaux

Tableau 1:	Résultats généraux aux tests de connaissances et d'attitudes de l'analyse de besoins	25
Tableau 2:	Interventions pendant le mois précédant l'analyse de besoins	29
Tableau 3:	Distribution en % de répondants en fonction du nombre de jeunes à qui ils ont donné de l'information sur le sida pendant le mois précédant l'analyse de besoins	30
Tableau 4:	Distribution en % de répondants intéressés à une formation visant les aptitudes mentionnées	33
Tableau 6:	Répondants (%) qui souhaiteraient que la formation emprunte les moyens mentionnés	34
Tableau 7:	Les programmes de formation répertoriés au Québec et régions impliquées	39
Tableau 8:	Grille-synthèse des composantes de programmes de formation d'intervenants en prévention du sida	40
Tableau 9:	Connaissances et attitudes: résultats aux prétest, postest et post-postest pour l'évaluation du programme-modèle	58
Tableau 10:	Sortes d'intervention réalisées dans le dernier mois auprès des jeunes: prétest et post-postest	61
Tableau 11:	Sujets abordés sur le sida, avec des jeunes, pendant le mois précédent: prétest et post-postest	65
Tableau 12:	Intention de faire des interventions en prévention auprès des jeunes: prétest et post-postest	69
Tableau 13:	Satisfaction des participants vis-à-vis du programme-modèle québécois	77
Tableau 14:	Connaissances et attitudes du groupe expérimental: intervenants scolaires comparés aux hors scolaires	85
Tableau 15:	Connaissances et attitudes du groupe témoin divisé en intervenants scolaires et hors scolaires	87
Tableau 16:	Sortes d'intervention: intervenants scolaires comparés aux hors scolaires, groupe expérimental	90
Tableau 17:	Sujets abordés lors des interventions du groupe expérimental: intervenants scolaires comparés aux intervenants hors scolaires	92

En annexe:

Tableau Ia)	Résultats des jugements des experts sur le sida, sur la concordance entre les objectifs du programme virtuel et ceux des programmes québécois de formation d'intervenants	139
Tableau Ib)	Commentaires des experts sur le sida, sur la pertinence du contenu du programme virtuel pour représenter celui des programmes québécois de formation d'intervenants	141

Liste des tableaux (suite)

Tableau Ic)	Résultats des jugements des experts sur le sida, sur la concordance entre les activités du programme virtuel et celles des programmes québécois de formation d'intervenants	144
Tableau Id)	Résultats des jugements des experts sur le sida, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et l'ensemble des programmes québécois de formation d'intervenants	145
Tableau II)	Résultats des jugements des experts en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels	147
Tableau III)	Résultats des jugements des experts en Sciences de l'éducation et en prévention du sida, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les besoins de formation des intervenants-jeunesse en prévention du sida	155

Liste des figures

Figure 1:	Modèle d'analyse et d'évaluation de cette recherche	18
Figure 2:	Le devis d'évaluation du programme-modèle	48
Figure 3:	Effet de la formation sur les sortes d'intervention effectuées: groupes expérimental et témoin au prétest et au post-postest	63
Figure 4:	Effet de la formation sur les sujets abordés lors d'interventions: groupes expérimental et témoin au prétest et au post-postest	66
Figure 5:	Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupe expérimental au prétest et au post-postest	70
Figure 6:	Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupe témoin au prétest et au post-postest	71
Figure 7:	Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupes expérimental et témoin au post-postest	72
Figure 8:	Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupe expérimental et témoin au prétest	73

Introduction

Parmi les Maladies Transmissibles Sexuellement (ou MTS), le sida est sans conteste celle qui s'attire actuellement le plus l'attention. Il pouvait difficilement en être autrement avec l'idée de maladie contagieuse et de mort que le sida inspire. Avec cette maladie, toutefois, le domaine de l'éducation sexuelle et particulièrement son aspect préventif, a pris un essor nouveau et une importance plus considérable. Au Canada, en effet, ce sont principalement les activités d'ordre sexuel qui, chez les personnes déclarées sidatiques, semblent avoir été à l'origine de leur infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Selon les données du Centre Fédéral sur le Sida[1], près de 80% des cas déclarés étaient, au moment d'entreprendre cette recherche, ceux de personnes ayant eu des activités sexuelles homosexuelles ou bisexuelles. Cela justifiait amplement la place de l'éducation sexuelle parmi les principaux éléments de solution retenus pour faire en sorte que les individus arrivent à prévenir l'infection au VIH et sa transmission[2]. Dans l'ensemble des pays, les campagnes d'information et les actions d'éducation axées sur la prévention du sida se sont toutefois avérées incapables d'amener les gens à développer une "réponse" suffisamment efficace pour prévenir l'infection et sa transmission. Aussi, l'attention s'est tournée vers l'action des intervenants[3].

Cette recherche s'inscrit dans ce contexte. Elle se concentre sur les intervenants-jeunesse et porte sur leur formation en vue de la prévention du sida. Ce rapport de recherche présente d'abord la problématique et le cadre conceptuel et théorique qui ont encadré cette étude de la formation des intervenants-jeunesse en prévention du sida. La méthodologie employée est axée sur la recherche fondamentale, mais elle comprend aussi une dimension évaluative importante. Elle est présentée dans ce rapport avec le modèle d'évaluation qui a inspiré les opérations de la recherche. Les résultats exposés plus loin montreront la situation générale québécoise en matière de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida, telle qu'elle apparaissait dans les années quatre-vingt-dix, ainsi que les effets de la formation québécoise sur un groupe représentant ces intervenants-jeunesse. Finalement, la discussion et les conclusions feront ressortir ce qui, selon nous, constitue au Québec les principes de base de la formation d'intervenants-jeunesse axée sur la prévention du sida.

---

1. Sans auteur (1990). Aids surveillance in Canada. Aids update: Sida le point. Canadian Medical Association Journal, 142 (6), 552-553.
2. Ibid. 1
3. Gordon, G., Klouda, T. (1989). Éviter une crise, Le sida et le travail de planification familiale. Londres et Basingstoke: Macmillan Pub. (traduit par l'IPPF, Unité de prévention du Sida, Londres: Fédération internationale pour la Planification Familiale.

I-Problématique

Au moment où cette recherche a été entreprise, plus de 20% des cas de sida déclarés au Canada se retrouvaient chez les 20-29 ans[4], qui se situaient ainsi au troisième rang du nombre de cas après les 30-39 ans et les 40-49 ans. Compte tenu de la longue durée (allant à plusieurs années) de la période de latence, période entre l'infection et l'apparition du sida chez la personne infectée par le VIH, plusieurs personnes déclarées sidatiques avaient donc contracté le virus avant l'âge de 20 ans[5]. Cela est d'autant plus probable que l'âge où une grande proportion de jeunes ont leurs premières relations sexuelles se situe autour de 15 ans[6, 7].

Par conséquent, la lutte contre le sida ne pouvait s'organiser sans recourir à l'éducation sexuelle des moins de 20 ans. La prévention par l'éducation sexuelle des jeunes constitue cependant un problème de taille. Suite à leur recherche pan-canadienne sur les jeunes et le sida, King et al. (1988) ont pu le constater. "[M]algré tout ce qu'ils savent du Sida, [les jeunes] n'en continuent pas moins de courir des risques (...) il semble bien que l'éducation à propos des MTS n'ait pas donné beaucoup de résultats. Les jeunes sont désespérément mal renseignés (...) Ils sous-estiment de façon déraisonnable les risques d'infection et ils n'ont pas la motivation voulue pour éviter ou modifier les comportements à risque"[8].

Comme il est courant d'associer étroitement éducation et milieu scolaire, l'éducation sexuelle préventive "organisée" auprès des jeunes s'est trouvée à viser principalement l'école. Au Québec, des efforts particuliers ont été tentés dans ce sens au début des années quatre-vingt-dix, conjointement par le ministère de la Santé et Services sociaux et par celui de l'Éducation. Il s'agissait d'intégrer des activités pédagogiques de prévention du sida et des autres MTS au volet Éducation à la sexualité du programme scolaire Formation Personnelle et Sociale destiné aux élèves des écoles primaires et secondaires. Ce genre d'actions, réalisées aussi ailleurs, permettaient d'introduire en milieu scolaire des guides d'activités ou d'autres documentations et matériels didactiques visant la prévention des maladies sexuellement transmises, en mettant l'accent sur le sida. Ces supports pédagogiques étaient principalement destinés aux enseignants et s'accompagnaient parfois d'une courte formation d'appoint pour le personnel enseignant.

L'introduction à l'école d'activités d'éducation préventive constitue, certes, une excellente façon d'inciter les enseignants à intervenir auprès des jeunes pour prévenir la transmission du VIH. Qu'advient-il

---

4. Ibid. 1
5. Organisation Mondiale de la Santé (1989). Programme mondial de lutte contre le Sida, Dossier d'information-action, Journée Mondiale Sida, 1er décembre 1989, Genève, Suisse.
6. King, A. J.C., Beazley, R. P., Warren, W. K., Hankins, C. A., Robertson, A. S., Radford, J. L. (1989). Étude canadienne sur les jeunes et le Sida, Kingston, Ontario: Social Program Evaluation Group, Quenn's University.
7. Dupras, A. (éd.) (1989). La sexologie au Québec. Longueuil: Iris.
8. Id. 6, p. 145

alors des autres types d'intervenants-jeunesse, ceux qui se trouvent en d'autres lieux d'éducation, en contrechamps de la famille et des institutions d'enseignement? Qu'on pense aux centres d'accueil pour jeunes mésadaptés socio-affectifs, pour jeunes délinquants, aux Centres locaux de Services communautaires (ou CLSC) avec leurs activités ou leurs cliniques destinées à la jeunesse, aux foyers de jeunes, aux groupes de loisirs pour adolescents, aux lieux de rencontre mis à la disposition des jeunes par certains organismes communautaires, aux centres d'éducation populaire et autres endroits semblables. Il s'y trouve différentes catégories d'intervenants-jeunesse: des travailleurs de rue, des psycho-éducateurs, des travailleurs sociaux, des psychologues, des animateurs, des infirmières, des médecins, ou autres.

Qu'ils appartiennent ou non au réseau scolaire, peu d'intervenants étaient en mesure d'appliquer correctement l'éducation sexuelle à la prévention du sida[9] [10] [11] [12] [13]. Et comparés au personnel enseignant, les intervenants-jeunesse en marge du réseau scolaire étaient encore, au moment où cette recherche a débuté, assez peu soutenus en vue de la prévention de l'infection au VIH. Ils n'en étaient pas moins une population-cible d'intervenants sur lesquels devait s'appuyer la prévention du sida même si, en règle générale, ces intervenants semblaient avoir en commun avec les enseignants et les parents, de n'avoir reçu qu'une formation minimale, voire aucune formation, pour les habiliter à intervenir auprès des jeunes en éducation sexuelle.

Lorsque nous avons effectué cette recherche, quelques-uns des Départements de Santé Communautaire (ci-après DSC) avaient entrepris des démarches de support aux intervenants-jeunesse en prévention du sida (dont, par exemple, le DSC de l'Hôpital Général de Montréal, le DSC Charles Lemoyne, le DSC du Centre Hospitalier de l'Université Laval). Les DSC, devenus en 1993 les équipes de santé publique des dits hôpitaux, travaillaient ainsi dans l'optique de leur mandat qui en était un de connaissance et de surveillance de l'état de santé de la population de leur territoire, mais aussi de prévention, de protection et de promotion de la santé, dans les établissements qui offraient des services sociaux, en milieu scolaire, ou dans des institutions de santé, ou en dehors de ces établissements, mais dans les limites de leur territoire[14]. Nous avons mené une partie de notre recherche sur le territoire d'un de ces DSC, celui de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Il desservait plus de 330 000 montréalais[15] et avait amorcé une démarche systématique afin d'améliorer la situation des intervenants-jeunesse hors réseau scolaire dans la lutte contre le sida et les autres MTS. À l'instar d'autres organismes semblables, le premier pas de l'unité

---

9. Gaudreau, L. (1989). La diversité des intervenants et intervenantes en éducation sexuelle (pp238-274). Dans Dupras, A. (éd.). La sexologie au Québec. Longueuil: Iris.
10. Matteson, G.N. et al. (1984). Physician education in human sexuality. Journal of Family Practice, 19 (5), 683-684.
11. Gaudreau, L. (1985). Les caractéristiques de l'enseignant dans les programmes d'éducation sexuelle. Thèse de doctorat non éditée. Faculté des Études Supérieures, Université de Montréal.
12. Rienzo, B.A., Dorman, S.M. (1988). Ten consequences of the Aids crisis for the Health education profession. Journal of school health, 58(8), 335-337.
13. Berlinguet, M. , Lindsay, J. (1989). Aspects psychosociaux du sida. Service social,38 (1), p. 5.
14. Département de Santé Communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (1989). Plan directeur 1989-1992. Montréal: DSC Sacré-Coeur.
15. Ibid. 14

de promotion de la santé sexuelle de ce DSC a été de produire, pour les intervenants-jeunesse extra-scolaires, un guide d'activités axé sur la prévention du sida et des autres MTS. Notre recherche s'est effectuée en continuité avec cette initiative.

Au Québec et ailleurs, la formation d'intervenants-jeunesse scolaires et extra-scolaires était donc amorcée sans qu'il n'y ait pour autant de renseignements scientifiquement valables sur la nature et le genre de formation donnée et sur les résultats que cette dernière pouvait produire. La recherche rapportée ici voulait fournir un éclairage scientifique sur ces plans. Elle visait en effet à dégager le modèle de formation d'intervenants-jeunesse scolaires et extra-scolaires appliqué au Québec et à le mettre à l'épreuve auprès d'un échantillon québécois d'intervenants représentatifs des intervenants-jeunesse scolaires et extra-scolaires. Pour ce faire, les objectifs visés étaient les suivants:

(1) analyser systématiquement les besoins de formation et les formations offertes aux intervenants-jeunesse en prévention en matière de sida;

(2) proposer les fondements et les composantes générales du modèle représentant la formation typique offerte aux intervenants-jeunesse en prévention dans le domaine du sida;

(3) vérifier l'impact, sur les intervenants-participants, de l'application de ce programme-modèle;

(4) comparer les effets produits par l'application de ce programme-modèle sur les intervenants-jeunesse selon que ceux-ci font partie ou non du personnel scolaire.

Trois hypothèses de travail orientaient la poursuite de ces objectifs. La première consistait à supposer qu'un modèle éducationnel était sous-jacent, mais tout de même véhiculé dans les formations d'intervenants prévues ou entreprises. La deuxième hypothèse générale était la suivante: puisque par le passé les programmes de formation d'intervenants en éducation sexuelle ont eu un effet positif sur les participants, on pouvait penser qu'un tel effet se manifesterait aussi dans le cas de l'application du programme-modèle pour intervenants-jeunesse en prévention du sida. Enfin, si le programme-modèle était en concordance avec les besoins de formation des intervenants scolaires et extra-scolaires, la troisième hypothèse voulait qu'il aurait un effet semblable sur ces deux types d'intervenants-jeunesse. Ces hypothèses étaient soutenues par le cadre théorique expliqué dans les pages suivantes.

II- Cadre théorique

Jusqu'aux années 1980, le sida n'était pas encore tellement connu et les intervenants-jeunesse de la société nord-américaine[16] [17] avaient relativement peu d'occasions formelles de se former à l'éducation sexuelle et encore moins à la prévention du sida. En milieu scolaire, l'éducation sexuelle était, et est encore dans plusieurs états américains et provinces canadiennes, diluée entre différents programmes, comme la biologie ou les sciences naturelles, les sciences familiales, l'enseignement de la morale ou de la religion. Il paraissait peu nécessaire, par conséquent, d'offrir une formation particulière aux intervenants en regard de l'éducation sexuelle des jeunes et ce, pour diverses raisons, allant de motifs psychologiques, sociaux, pédagogiques ou épistémologiques jusqu'à des raisons d'ordre religieux ou syndical. Malgré cela, des activités de formation d'intervenants-jeunesse en éducation sexuelle furent offertes ponctuellement. Elles ont pu inspirer les programmes de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida. Avant de présenter l'état de la formation spécifique au domaine de la prévention du sida, il convient donc de montrer l'évolution de la formation des intervenants-jeunesse en éducation sexuelle.

1. Aperçu de l'évolution de la formation d'intervenants-jeunesse en éducation sexuelle

En 1985, Tousignant[18] a recensé les études scientifiques qui portaient sur la formation en éducation sexuelle, d'enseignants et d'intervenants en santé (médecins, infirmières et autres) en exercice ou encore étudiants. En tout, une quinzaine d'études, produites de 1972 à 1984 et portant sur la formation de ces intervenants, ont pu être répertoriées principalement grâce aux relevés effectués dans la littérature américaine. Ces programmes couvraient des sujets variés allant du développement sexuel, à l'avortement, de l'identité et des rôles sexuels à l'orientation sexuelle, de l'effet de l'alcool et des drogues sur la sexualité à la contraception. Les objectifs de ces programmes consistaient à démythifier la sexualité et à désensibiliser les gens à son endroit, à acquérir des connaissances de base sur la sexualité humaine, à développer une compréhension de sa sexualité et de celle d'autrui, à reconnaître l'influence des croyances, des valeurs et des attitudes sexuelles sur son comportement, à développer certaines habiletés de communication, de l'aisance face à la sexualité et des attitudes positives, entre autres de tolérance et d'acceptation, envers elle et envers l'éducation sexuelle des enfants et des adolescents. La durée de ces programmes allait de quelques heures (3-6 heures) à 60-70 heures et ils étaient tantôt concentrés en périodes intensives ou tantôt répartis sur plusieurs semaines. Ils se déroulaient sous forme de présentations

16. Gaudreau, L. (1988). La situation de l'éducation sexuelle au Québec et l'attitude des intervenants(es). Apprentissage et socialisation, 11 (2), 84-94.
17. Gaudreau, L. (1987). L'adolescent(e) face à l'éducation sexuelle et à la prévention: possibilités et limites. Actes du Colloque de l'Association pour la santé publique du Québec. Montréal: ASQ, 50-79.
18. Tousignant, Y. (1985). Évaluation d'un programme de perfectionnement en éducation à la sexualité réalisé auprès d'enseignantes et d'enseignants en exercice. Rapport d'activités (mémoire) de maîtrise, Département de Sexologie, UQAM.

magistrales, de présentations audio-visuelles, d'ateliers, de pannels de discussion, de discussions de groupe, d'expériences pratiques d'enseignement de l'éducation sexuelle, et d'ateliers de planification des interventions pédagogiques. Dans l'ensemble, ces programmes de formation d'intervenants ont produit des effets positifs. Ils ont en effet augmenté sensiblement les connaissances des participants et ont eu tendance à induire des modifications dans les attitudes en accroissant, mais de peu et vis-à-vis de certains aspects seulement de la sexualité, la tolérance, la permissivité ou l'ouverture d'esprit.

Au Québec, avec l'instauration d'une formation universitaire de sexologie dans les années soixante-dix à l'Université du Québec à Montréal, les sexologues-éducateurs étaient les seuls à recevoir une formation professionnelle "lourde" qui les habilitait à travailler en éducation sexuelle en milieu scolaire ou en milieu social et de la santé. Mise à part cette formation des sexologues, l'initiative québécoise d'avant 1980 la plus marquée pour favoriser la formation d'intervenants en prévention chez les jeunes par l'éducation sexuelle, fut l'introduction en milieu scolaire, par le ministère des Affaires Sociales, d'un programme d'éducation axé sur la prévention des MTS et basé sur un diaporama qui était présenté à des groupes de jeunes. Les intervenants étaient alors surtout des infirmières et des travailleurs sociaux. Leur formation à l'égard de l'éducation sexuelle préventive consistait essentiellement à se familiariser avec le diaporama et les questions qu'il suscitait. Ils se dirent satisfaits de cette formation. Pendant ce temps, les intervenants-jeunesse hors du réseau scolaire ne pouvaient généralement compter que sur leurs propres moyens pour travailler auprès des jeunes en fonction de l'éducation sexuelle et de la prévention.[19]

Au début des années 1980, l'apparition du sida et sa propagation n'allaient pas immédiatement changer les choses du côté de la formation des intervenants-jeunesse. Au Québec, une des premières tentatives de formation plus longue (une trentaine d'heures) et plus systématique des intervenants du milieu scolaire (enseignants et infirmières scolaires) a été réalisée au milieu des années 1980[20] [21]. Elle portait sur l'éducation sexuelle en général et le rôle de l'école et du personnel enseignant dans ce cadre. Depuis ce temps et jusqu'à ce jour, cette formation s'est donnée régulièrement à travers le Québec.

Depuis le milieu des années 1980, avec l'introduction officielle à l'école du programme Formation personnelle et sociale, dont un des cinq volets est l'Éducation à la sexualité, les enseignants québécois ont eu de plus en plus d'occasions de se former en éducation sexuelle. Certains ont pu, par exemple, participer à des sessions de formation accompagnant l'implantation du programme Formation personnelle et sociale ou à des sessions de sensibilisation à l'éducation sexuelle des jeunes. Certains ont aussi l'occasion de suivre quelques cours de 45 heures d'initiation à l'éducation sexuelle, ces cours étant offerts par quelques universités québécoises (Université du Québec à Montréal, Université Laval, Université du Québec à Rimouski, par exemple). Autre exemple, un programme-pilote de formation des éducateurs de centres

19. Ibid. 11
20. Ibid. 18
21. Gaudreau, L. (1985). Un programme de formation des enseignantes et enseignants en éducation sexuelle. Bulletin de l'Association des Sexologues du Québec, 7 (2), 25-35.

d'accueil pour jeunes mésadaptés et contrevenants, a été expérimenté et évalué à Montréal [22] et sert aussi de base à la formation d'intervenants-jeunesse hors scolaires dans la région de Québec.

Après les années 1980, qui furent marquées par le début de la systématisation de la formation d'intervenants-jeunesse québécois en éducation sexuelle, les années 1990 sont maintenant celles de la consolidation et du développement de la formation d'intervenants en matière d'éducation sexuelle préventive. On assiste en effet à la mise à l'essai et à la diffusion d'outils pédagogiques et de sessions de formation de courte durée destinés aux intervenants. De plus en plus nombreuses, ces sessions sont conçues et données surtout par les milieux de la santé et le sont beaucoup moins par les milieux d'éducation ou universitaires. En guise d'exemples du travail accompli dans ce sens, nous avons déjà mentionné l'implication du DSC de l'Hôpital Général de Montréal, du DSC Charles Lemoyne, du DSC Sacré-Coeur, et du DSC du Centre Hospitalier de l'Université Laval. Ces efforts tendent à soutenir la formation et l'action des intervenants-jeunesse en milieu scolaire (DSC Hôpital Général de Montréal, DSC Charles Lemoyne, par exemple) ou hors du réseau scolaire (DSC Sacré-Coeur, DSC du Centre Hospitalier de l'Hôpital de l'Université Laval et DSC Maisonneuve-Rosemont, par exemple). Ils ont donné lieu à des programmes de formation qui, progressivement, sont apparus dans la littérature scpécialisée en prévention du sida.

2. Les programmes de formation d'intervenants en prévention du sida

Si on admet que les programmes destinés à former les intervenants-jeunesse en prévention du sida demeurent des programmes éducatifs, alors ils sont sous-tendus par un modèle éducationnel[23]. Ce genre de modèle renvoie à des positions implicites ou explicites mais relativement précises à l'égard de la nature humaine, des valeurs à promouvoir, de la société, et de la personne [24] [25] [26]. Par ailleurs, les programmes de formation, et principalement ceux qui sont destinés à des adultes, se veulent une réponse à leurs besoins de formation[27] [28]. Le modèle éducationnel sous-jacent ainsi que les besoins que le programme satisfait forment un cadre de référence qui permet de donner une signification particulière à la formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida.

Notre recherche s'est donc penchée sur l'analyse des besoins de formation des intervenants-jeunesse québécois pour voir comment le modèle de formation les satisfait. Or, pour mettre des besoins en relation avec le modèle de formation, il fallait d'abord établir le type de formation dont il s'agissait. Il était donc

---

22. Michaud, F. (1990). La formation des éducateurs pour l'éducation sexuelle des mésadaptés socio-affectifs et délinquants en centre d'accueil. Rapport d'activités (mémoire) de maîtrise, Département de sexologie, UQAM.
23. Bertrand, Y. , Valois, P. (1982). Les options en éducation. 2è éd., Québec: Ministère de l'éducation, Direction de la recherche.
24. Gower, R., Scott, M.B. (1977). Five essential dimensions of curriculum design. Iowa: Kendall-Hunt Pub. Co.
25. D'Hainaut, L. (1980). Des fins aux objectifs de l'éducation. Bruxelles: Labor, Paris: Fernand Nathan.
26. Ibid. 23
27. Barbier, J.-M., Lesne, M. (1977). L'analyse des besoins en formation. Champigny-sur-Marne, France: Robert Jauze.
28. Fernandez, J. (1988). Réussir une activité de formation. Montréal: Editions Saint-Martin.

nécessaire de dégager le modèle éducationnel impliqué dans les programmes de formation et, pour ce faire, de décrire ces programmes en se référant aux principales composantes de tout programme de formation, soient ses objectifs, son contenu, son déroulement (activités et méthodes) ainsi que ses activités d'évaluation[29]. C'est d'ailleurs généralement en fonction de ces composantes que des auteurs présentent leurs suggestions sur la formation d'intervenants en prévention du sida. Nous avons donc recensé les programmes de formation d'intervenants-jeunesse en matière de prévention du sida.

Des descriptions suffisamment précises de programmes de formation d'intervenants apparaissent depuis quelques années seulement dans les écrits qui traitent de la prévention dans le domaine du sida. Ces programmes sont cependant majoritairement destinés aux intervenants travaillant auprès de personnes séropositives ou atteintes de sida. C'est dans une plus faible proportion que l'on trouve des programmes de formation d'intervenants qui sont axés simultanément sur l'aide ou les soins à ces personnes et sur la prévention et l'éducation face au sida. Et il semble n'y avoir que très peu de programmes de formation d'intervenants axés essentiellement sur la prévention et l'éducation face au sida et autres MTS et peu d'entre eux s'adressent aux intervenants-jeunesse.

De plus, au moment où notre recherche a été entreprise, diverses expériences de formation d'intervenants en prévention du sida observables "sur le terrain" étaient en cours de réalisation au Québec. Ces expériences n'avaient pas encore pu être examinées de près, ni simplement rapportées dans la littérature spécialisée dans le domaine. Malgré tout, parmi les quelques programmes de formation d'intervenants recensés en prévention du sida et diffusés dans la littérature, il se trouvait des objectifs, des éléments de contenu, des activités et des modalités d'évaluation que nous avons pu relever et qui sont rapportés ci-après.

2.1 Les objectifs

L'une des principales composantes servant à présenter les programmes pour intervenants, en sont les objectifs. En analysant les écrits de Berthelot et Morissette (1989)[30], Gordon et Klouda (1989)[31], Holder (1989)[32], Laroche et Ryan (1990)[33], Lecorps (1989)[34], et Tourette-Turgis (1989)[35], nous avons pu établir trois champs regroupant les principaux objectifs à viser pour assurer la formation d'intervenants en prévention du sida.

Premièrement la formation semble viser des objectifs d'acquisition de connaissances factuelles

29. Kelly, A.V. (1977). Curriculum: theory and practice, London: Routledge and Kegan Paul.
30. Berthelot, P., Morissette, M.-R. (1989). La formation des intervenants. Service social, 38(1), 22-35.
31. Ibid. 1
32. Holder, J.R. (1989). Aids: a training program for school counselors. The school counselor, 36, 305-309.
33. Laroche, F., Ryan, B. (1990). Programme de formation, Sida, Pour une meilleure intervention, Montréal: sans éditeur.
34. Lecorps, P. (1989). Prévenir le Sida. Rennes, France: École Nationale de la Santé Publique.
35. Tourette-Turgis, C. (1989). Réflexions à propos d'une expérience de formation des travailleurs sociaux sur le Sida. Service social, 38 (1), 37-43.

générales sur le VIH, la séro-positivité, le sida, leurs divers aspects. Deuxièmement, la formation d'intervenants paraît aussi viser le travail sur soi. Par exemple, l'intervenant-participant est amené à prendre conscience de ses convictions, de ses attitudes ou de ses ressources propres (Lecorps 1989), à devenir plus à l'aise de travailler dans le domaine du sida (Holder, 1989), développer des attitudes saines en contre-partie de la peur de la mort ou de la contagion ou face au côté marginal des personnes séro-positives ou atteintes du sida (Berthelot et Morissette 1989). Troisièmement, la formation semble viser le développement d'habiletés pédagogiques. À cet effet, Lecorps (1989) suggère de viser l'acquisition d'un minimum de savoir-faire pédagogique tandis que Berthelot et Morissette (1989) diront qu'il s'agit de développer des aptitudes pour faire des activités adéquates d'information et d'éducation. En général, il semble que les autres objectifs possibles ne viendraient que détailler les trois types d'objectifs qui viennent d'être mentionnés.

2.2 Le contenu

Le contenu de la formation d'intervenants est l'ensemble de connaissances ou d'habiletés à acquérir. Les programmes mentionnés par Berthelot et Morissette (1989)[36], Gordon et Klouda (1989)[37], Kerr, Allensworth, Gayle et Dalis (1989)[38], Laroche et Ryan (1990)[39], Lecorps (1989)[40], Ostfield (1989)[41], Shafer (1988)[42], Tourette-Turgis (1989)[43], amènent à définir comme contenu de la formation des intervenants-jeunesse, les quatre domaines suivants: les connaissances scientifiques, les connaissances instrumentales, la connaissance de soi et les connaissances pédagogiques pratiques.

Premièrement, les connaissances scientifiques englobent les différents aspects biomédicaux, psychosociaux, éthiques, légaux et politiques reliés au phénomène du sida. Ceux-ci comprennent les éléments de connaissance sur le VIH, sa transmission, les symptômes et l'évolution de la maladie, les tests de dépistage, le traitement, la séro-positivité, la prévalence de l'infection dans divers sous-goupes de la population en général et des jeunes en particulier, le vécu des personnes atteintes, leurs besoins, les étapes qu'elles franchissent, le droit individuel des personnes face au dépistage, à la déclaration et au traitement, le refus de traitement, la confidentialité, la recherche des contacts sexuels, et autres sujets semblables. Certains auteurs abordent aussi l'orientation sexuelle, en l'occurrence, l'homosexualité et la bisexualité.

Deuxièmement, les connaissances instrumentales sont celles qui devront concrètement servir à

36. Ibid. 30
37. Ibid. 3
38. Kerr, D.L., Allensworth, D.D., Gayle, J.A., Dalis, G.T. (1989). The ASHA Aids education needs assessment: Association for the advancement of health education results. Health education, 19 (6), 16-20.
39. Ibid. 33
40. Ibid. 34
41. Ostfield, M. L. (1989). Strategies for training Aids educators: increasing the effectiveness of your educational efforts. Annual meeting of the Society for the Scientific Study of Sex, Toronto.
42. Shafer, M.A. (1988). High risk behavior during adolescence. In Schinazi, R., Nahmias, A. J. (eds). Aids in children, adolescents, and heterosexual adults (pp 329-334). New York: Elsevier Sc. Pub. Co.
43. Ibid. 35

l'intervenant pour faire de la prévention auprès des jeunes. Ces connaissances regroupent les aspects suivants: les stratégies sociales de prévention, les comportements sexuels à hauts risques d'infection et ceux à risques réduits; en particulier chez les jeunes, l'activité sexuelle précoce, l'usage des drogues injectables avec la désinfection des seringues et aiguilles, la protection contre le sida et les MTS avec l'usage du condom et d'un spermicide avec nonoxynol 9, les ressources et services locaux, régionaux ou nationaux face au sida et pour la prévention.

Troisièmement, la connaissance de soi comprend les éléments de contenu qui originent de l'intervenant comme personne et comme professionnel. Il s'agit de ses attitudes face à l'homosexualité, au sida, de son aisance face aux sujets qu'il devra aborder, de son respect des autres, de sa tolérance et son ouverture, de ses valeurs, de sa conscience du phénomène du sida, de ses peurs, de ses réactions, de ses habiletés personnelles.

Quatrièmement, les connaissances pédagogiques pratiques englobent les savoirs et les habiletés d'intervention. Ainsi d'après les auteurs consultés, il serait approprié que les intervenants connaissent et développent des techniques et approches pédagogiques comme les méthodes à utiliser pour faire des sessions de formation à leurs collègues, l'élaboration de plans d'intervention, la formulation d'objectifs d'éducation et de prévention, la communication, l'évaluation de matériel éducatif, la relation d'aide, l'animation et autres techniques pédagogiques appropriées aux activités identifiées plus bas.

2.3 Les activités et méthodes de formation

L'ensemble des activités et méthodes de formation, telles que relevées dans les écrits de Berthelot et Morissette (1989)[44], Gordon et Klouda (1989)[45], Holder (1989)[46], Kerr, Allensworth, Gayle et Dalis (1989)[47], Laroche et Ryan (1990)[48], Lecorps(1989)[49], Ostfield (1989)[50] et Tourette-Turgis (1989)[51], semblent respecter certains principes d'andragogie. Ceux-ci consistent à voir l'intervenant-participant en tant qu'adulte prenant part activement à sa démarche de formation[52]. Aussi, les activités répertoriées chez les auteurs ont été regroupées ici selon les degrés d'implication du formateur et de l'intervenant-participant. Pour regrouper les activités, nous nous sommes référés à un axe où formateur et intervenant-participant se situeraient aux extrémités. Un des pôles représente le cas où c'est le formateur (ou son substitut) qui est surtout impliqué activement dans l'activité. L'autre pôle représente le cas où c'est l'intervenant-participant qui est principalement actif et impliqué dans l'activité. Au milieu de l'échelle, formateur et intervenant-participant sont impliqués semblablement. Entre les extrémités et le centre, formateur et intervenant-

44. Ibid. 30.
45. Ibid. 3
46. Ibid. 32
47. Ibid. 38
48. Ibid. 33
49. Ibid. 34
50. Ibid. 41
51. Ibid. 35
52. Ibid. 28

participant sont impliqués et actifs à des degrés variables. Considérant cet axe, les activités suggérées par les auteurs consultés se présentent comme suit.

Les activités centrées sur le formateur (ou son substitut comme par exemple un conférencier invité ou un médium audio-visuel) sont des exposés, des cours magistraux, le visionnement de films ou diaporama, ou des conférences avec ou sans supports audio-visuels. Mais la plupart des activités proposées sont, à l'opposé, centrées surtout sur l'intervenant-participant. On peut les subdiviser en trois catégories si on les considère selon qu'elles portent sur un contenu de connaissances scientifiques et instrumentales, ou sur la connaissance de soi ou sur les habiletés pédagogiques. Dans la première catégorie (connaissances scientifiques et instrumentales), les activités relevées chez les auteurs mentionnés plus haut sont la lecture de documentation (brochures de renseignements ou listes de services et ressources disponibles reliés au sida, aux MTS ou à la prévention), le travail en petits groupes, les ateliers, la discussion de cas et les clubs de lecture. Dans la seconde catégorie (connaissance de soi), ce sont des échanges informels en groupe à propos de situations professionnelles réellement vécues, sous formes de libre expression, de dynamique de groupe, de mise en situation (pour des situations réelles ou fictives), et d'exercice sur les valeurs. Dans la troisième catégorie (habiletés), les activités suggérées par les auteurs comprennent les jeux de rôles, les stages, l'imagerie dirigée, des exercices sur la relation d'aide, sur la résolution de problèmes et sur la communication. Enfin, quelques-unes des activités suggérées par les auteurs semblent impliquer à peu près également formateur et intervenant-participant. Ce sont les séances de questions-réponses, de jeu-questionnaire ou quizz, d'animation-discussion, et les séminaires.

2.4 Les activités d'évaluation

Parmi les auteurs consultés, Holder (1989)[53], Laroche et Ryan (1990)[54], Ostfield (1989)[55] et Berthelot et Morissette (1989)[56] ont suggéré clairement des activités d'évaluation intégrées au programme de formation d'intervenants. Ces activités ont pour cible soit la démarche de formation, soit les apprentissages des intervenants-participants.

Dans le premier cas (évaluation de la démarche) se retrouvent des activités d'animation ou l'administration d'un questionnaire écrit. Cette évaluation consiste en un retour sur l'ensemble des activités vécues par les participants, une demande de suggestions en vue d'améliorer cette formation, et la vérification de la satisfaction personnelle face aux objectifs, au contenu, au déroulement des activités (formateur, approches et matériel) et aux apprentissages effectués. Dans le second cas (évaluation des apprentissages), c'est surtout à l'aide de questionnaires à réponses fermées que l'évaluation s'effectue. Ces questionnaires sont remplis individuellement par les participants en fin de formation. Ce peut être des

53. Ibid. 32
54. Ibid. 33
55. Ibid. 41
56. Ibid. 30

énoncés de connaissance, par exemple à juger vrai ou faux, ou des énoncés qui réfèrent à des attitudes et face auxquels le participant évalue son degré d'accord ou de désaccord. Il peut aussi s'agir d'auto-évaluation. L'enseignement rétro-actif (ou "teach-back") est aussi suggéré. Il consiste à ce que les participants "enseignent" au formateur ce qu'ils ont acquis pendant leur formation.

L'ensemble des expériences de formation d'intervenants en prévention dans le domaine du sida paraissaient riches en promesses car elles offraient aux intervenants la possibilité d'acquérir un savoir, un savoir-faire et un savoir-être variés et adaptés à leur rôle dans la prévention face au phénomène du sida. Elles se faisaient à l'aide de moyens qui portent l'intervenant-participant à s'impliquer activement dans sa propre démarche de formation. Elles conviaient aussi à évaluer les apprentissages faits par ces intervenants et les invitaient à se prononcer sur l'ensemble de la démarche de formation. Ce "matériel" a été analysé lors d'une des étapes prévues au départ dans la méthodologie qui est décrite dans les pages suivantes.

III-Méthodologie générale

Cette recherche est mixte: fondamentale et évaluative. Elle tente en effet de découvrir ce qui constitue l'essentiel du réel de la formation d'intervenants-jeunesse en prévention en matière de sexualité en se penchant sur le cas particulier de la prévention du sida. Pour ce faire, elle combine une approche qualitative plutôt descriptive avec une approche quantitative plus empirique. Sa dimension évaluative, quant à elle, fait référence comme il se doit, à un modèle d'évaluation de programme conçu pour la circonstance. L'approche appliquée dans cette recherche est expliquée en détail dans ce chapitre, en commençant par la vision d'ensemble qu'offre le modèle qui a servi de cadre de référence pour les aspects évaluatifs impliqués.

Le modèle d'évaluation comprend deux phases principales. La première est l'établissement du programme-modèle québécois et implique aussi une analyse de besoins de formation. La seconde est l'évaluation de ce programme-modèle. Le modèle d'évaluation est illustré à la figure 1. Voici un aperçu général de son application dans cette recherche. Des informations plus précises seront présentées par la suite pour livrer en détail et étape par étape les informations sur la méthodologie employée et les résultats obtenus.

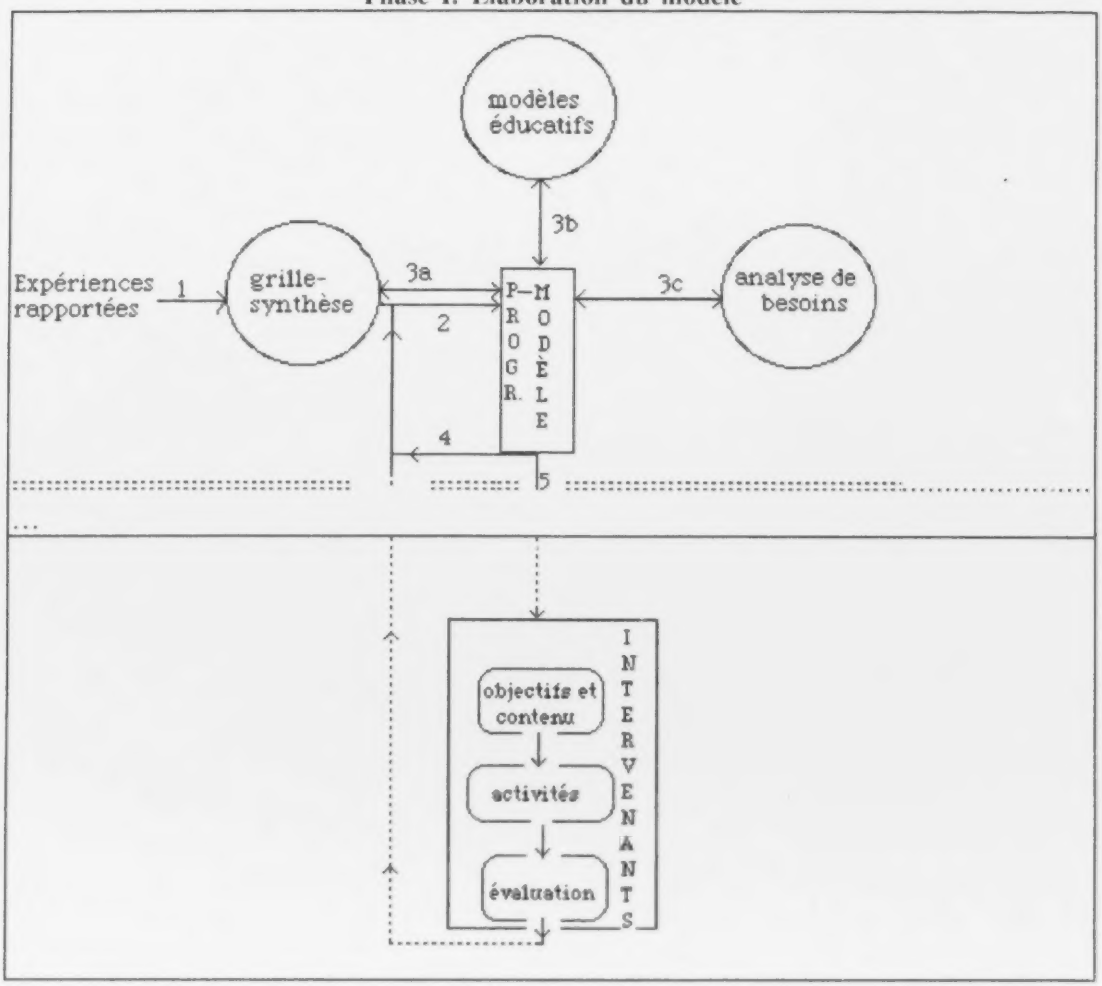
1. Phase I

La première phase, représentée par la partie supérieure du schéma de la figure 1, en est une de création et de confrontation du programme-modèle de formation d'intervenants. Les expériences de formation d'intervenants en prévention du sida rapportées dans la littérature et lors d'entretiens avec des spécialistes du domaine, ont été analysées. Cette analyse a permis de faire ressortir les composantes des programmes de formation en vigueur, soient leurs objectifs, leur contenu, leurs activités de formation et d'évaluation. Les informations recueillies ont été traitées selon les procédés d'analyse de contenu thématique[57] pour les découper en sous-catégories d'objectifs, de contenu, d'activités et d'évaluation que la recension des écrits a permis de présenter plus loin (Voir le cadre théorique, rubrique 2). Ces informations ont été compilées dans une grille-synthèse. Une première version du modèle de formation d'intervenants a alors été établie, qui explicitait chacune des composantes et leurs sous-catégories. Ces composantes comprenaient les éléments qui faisaient l'objet d'un consensus ou qui apparaissaient dans la majorité des sources consultées.

Les flèches 3 (a,b et c) représentent la confrontation du programme-modèle de formation au jugement

57. Bardin, L. (1977). L'analyse de contenu. Coll. Le psychologue, Vendôme, France:PUF.

Figure 1: Modèle d'analyse et d'évaluation de cette recherche



d'experts: certains, spécialisés en formation d'intervenants dans le domaine du sida, se sont prononcés sur l'adéquation du programme-modèle avec les informations de la grille-synthèse (flèche 3a); d'autres, spécialistes de l'éducation, ont contribué à dégager le principal modèle éducationnel[58] sous-jacent au programme-modèle de formation d'intervenants (flèche 3b). Tous ont examiné la concordance du programme-modèle avec les résultats de l'analyse des besoins d'intervenants-jeunesse en prévention du sida (flèche 3c).

Le programme-modèle a finalement été définitivement établi, après lui avoir apporté les réajustements nécessaires, en fonction des résultats obtenus sur la représentativité du programme virtuel confronté aux différents programmes québécois dans le domaine (flèche 4), et en tenant compte également des recommandations des juges-experts sur ce sujet.

2. Phase II

Après ces nouveaux ajustements, le programme-modèle a été mis à l'épreuve (flèche 5), passant ainsi à la phase II. Le programme-modèle, qui comprend des objectifs, un contenu, des activités et l'évaluation, a été mis à l'essai auprès d'intervenants-jeunesse scolaires et extra-scolaires. Ce programme-modèle a ensuite été évalué quant aux effets produits en termes de satisfaction des participants, d'attitudes, de connaissances et de comportements d'intervention. Les instruments (questionnaires) utilisés à ces fins, ont également été appliqués à un groupe témoin. Compte tenu des résultats obtenus, le programme-modèle a par la suite été réajusté, ce qui est indiqué par la boucle de retour partant de la phase II et allant vers la flèche 2 à la phase I.

Les chapitres suivants montrent en détail les différentes étapes franchies et leur méthodologie accompagnée des résultats étape par étape. Ces sections présentent ainsi l'analyse des besoins de formation, la conception d'une première version du programme-modèle appelée programme "virtuel", son examen par des techniques de jugement, la conception du programme-modèle et sa mise à l'épreuve.

58. Ibid. 23

IV- Analyse des besoins de formation

Cette étape consistait à tracer le portrait des besoins de formation des intervenants-jeunesse québécois en prévention du sida. Les besoins de formation ont été définis comme suit. Premièrement, il s'agit des écarts constatés entre l'état actuel et l'état idéal des connaissances, des attitudes et des comportements d'intervention. L'état idéal correspond théoriquement aux normes suivantes: obtenir 100% aux différents tests de connaissances et d'attitudes chez 100% de répondants et 100% de répondants appliquent les comportements d'intervention, désignés dans le questionnaire, auprès d'une majorité de jeunes. Deuxièmement, les besoins correspondent aussi aux attentes ou désirs ou souhaits exprimés par une majorité de répondants. La méthodologie et les résultats obtenus pour l'ensemble de l'analyse des besoins de formation sont présentés ci-après.

1. Échantillonnage

Pour procéder à l'analyse des besoins, le Québec a été subdivisé selon les territoires couverts par ses 32 DSC, pour établir ensuite un échantillon aléatoire de 4 d'entre eux. Des personnes responsables, dans ces DSC, de la prévention dans le domaine des MTS et du sida ont été contactées et ont fourni la liste des organisations ou des établissements scolaires et non scolaires qui s'occupent des jeunes sur leur territoire.

Un échantillonnage aléatoire de ces organisations et établissements a été effectué. Puis des intervenants-jeunesse volontaires ont été choisis au hasard, dont 20 des milieux scolaires échantillonnés et 20 des milieux non scolaires échantillonnés, dans chacun des 4 territoires des DSC désignés. Au total, 120 personnes ont formé le groupe de répondants qui représente les intervenants-jeunesse québécois en matière de prévention du sida et des MTS.

2. Le questionnaire

Ces personnes ont répondu individuellement et par écrit à une série de questionnaires rassemblés en un inventaire que nous avons appelé l'inventaire ACIPS (Attitudes, Connaissances et Interventions en Prévention du Sida). Cet inventaire présente d'abord quatre tests de connaissances, dont trois sur le sida et sa prévention[59] [60] [61] et un sur la sexualité [62]. Ces tests sont suivis de différents questionnaires

59. Organisation Mondiale de la Santé (1989). Knowledge, attitudes, beliefs and practices on aids. Interview schedule, Genève.
60. King, A.J.C., Beazley, R.P., Warren, W.K., Hankins, C.A., Robertson, A.S. & Radford, J.L. (1988). Enquête sur les jeunes canadiens face au sida. (partie D, 11è année). Kingston, Ontario: Université Queen, Groupe d'évaluation des programmes sociaux.
61. Dupras, A., Lévy, J.J., Samson, J.M. & Tessier, D. (1987). Sondage sur le Sida. Université du Québec à Montréal et Hôpital Saint-Luc, Montréal: Projet TRACES.
62. Lief, H.I., Reed, D.M. (s.d.). Sex knowledge and attitude test (SKAT). Center for the study of sex education in medicine,

d'attitudes: ses peurs face au sida (ou sidaphobie)[63], l'homophobie[64], ses difficultés ou son stress à travailler dans le domaine du sida[65 66], ses attitudes envers les personnes atteintes du sida[67], envers la prévention du sida et des MTS [68] et envers la sexualité[69]. Les indices de fidélité (alpha de Cronbach) calculés par les auteurs des différents tests d'attitudes varient de 0,6 à 0,9.

L'ensemble des tests était suivi de questions sur le nombre et le type d'interventions reliées à la prévention du sida et réalisées par le répondant dans son travail auprès des jeunes durant le mois précédent. Suivaient des questions sur le degré d'intérêt à suivre une éventuelle session de formation dans le domaine en cause et sur les souhaits ou les attentes quant aux habiletés, aux connaissances et aux activités que devrait comprendre cet éventuel programme de formation. La dernière section de l'inventaire portait sur les données socio-démographiques (âge, sexe, expérience de travail, formation antérieure, etc.). Voici les renseignements obtenus sur ces répondants.

3. Les répondants

L'âge moyen des répondants est de 37,6 ans, allant de 20 à 61 ans. Ce sont majoritairement des femmes (59%). Plus de 44% travaillent dans des écoles secondaires; 38% sont dans les écoles publiques. Plus du quart des répondants travaillent en Centre d'accueil pour jeunes en difficulté (28%). Les lieux de travail des autres répondants sont des organisations communautaires (7%), des Maisons de jeunes (3%) ou des Centres locaux de services communautaires (CLSC) (3%) ou plus d'un de ces lieux de travail et ailleurs (15%).

La majorité des répondants ont fait leurs études en enseignement (31%) ou dans le domaine de la psycho-éducation (30%). Les autres sont formés dans différents domaines: 11 % en sciences infirmières, 8% en travail social, 6% en psychologie, 6% en d'autres domaines d'intervention, et 9% en d'autres professions des sciences humaines ou médicales. La majorité détient un baccalauréat universitaire (41%) et fait ou a terminé une maîtrise ou un doctorat (22%). En ajoutant ceux qui détiennent un certificat de premier cycle universitaire ou font actuellement un tel certificat, on obtient 88% de répondants qui ont une

---

Division of family study, Department of psychiatry, School of medicine, University of Pennsylvania. Adapté par F. Michaud (1990). Test de connaissances et d'attitudes en regard de la sexualité. Maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal.

63. Bouton, R.A., Gallagher, P.E., Garlinghouse, P.A., Leal, T., Rosenstein, L.D. & Young, R.K. (1987). Scales for measuring fear of Aids and homophobia. Journal of personality assessment, 51 (4), 604-614.
64. Ibid. 63.
65. O'Donnell, L., O'Donnell, C.R., Pleck, J.H., Snarey, J. & Rose, R.M. (1987). Psychosocial responses of hospital workers to Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Journal of applied social psychology, 17 (3), 269-285.
66. Pleck, J.H., O'Donnell, L., O'Donnell, C. & Snarey, J. (1988). AIDS-phobia, contact with AIDS, and AIDS-related job stress in hospital workers. Journal of homosexuality, 15 (3-4), 41-54.
67. Ibid. 61.
68. Duquet, F. (1987). L'évaluation comparative de deux moyens didactiques pour l'éducation des jeunes en matière de prévention des maladies transmissibles sexuellement. Maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal.
59. Fisher, W.A. (1988). The sexual opinion survey (pp34-38). Dans Davis,C.M., Yarber, W.L. & Davis, S.L. (eds). Sexuality-related measures, a compendium. Lake Mills, Iowa: Graphic Pub. Co.

formation de niveau universitaire. La majorité des répondants dont la formation la plus élevée est une formation collégiale ou universitaire ont obtenu leur diplôme avant 1986 (62%); et 44% de ceux qui détiennent un diplôme l'ont obtenu avant 1980.

Au moment où ils ont été interrogés, les deux tiers des répondants se disaient enseignants (30%) ou éducateurs spécialisés (34%). Parmi les autres répondants, 13% étaient des infirmières, 11% des animateurs-jeunesse ou organisateurs communautaires, 5% des professionnels de différents secteurs des sciences humaines (sexologue, psychologue, etc.), 4% des cadres ou administrateurs de leur établissement, et les autres (4%) se répartissaient entre differentes professions (travailleur social, professionnel non enseignant en milieu scolaire, médecin).

La plupart des enseignants interrogés se trouvent à enseigner plus d'une matière. Les principaux domaines d'enseignement représentés sont les suivants: 84% enseignent en Formation personnelle et sociale, 58% en formation morale, 55% en enseignement religieux, 32% en biologie, 19% en Choix de carrière, 13% en Économie familiale. Certains enseignent aussi d'autres matières comme le français, et l'histoire (environ 1%).

La majorité des enseignants ont une longue expérience de travail auprès des jeunes de 12-17 ans; 57% travaillent auprès de ce groupe d'âges depuis plus de 10 ans, 28% depuis 5 à 10 ans et 15% depuis moins de 5 ans. Parmi les répondants non enseignants, ils sont 36% à avoir plus de 10 années d'expérience de travail auprès de ce même groupe d'âges, 28% à avoir de 5 à 10 ans d'expérience et 36% moins de 5 ans d'expérience de travail avec ces jeunes. Des répondants ont aussi travaillé auprès des jeunes de moins de 12 ans ou de plus de 17 ans. La majorité a travaillé moins de 5 ans ou n'a pas travaillé auprès des plus jeunes (68%) tandis qu'une majorité de répondants dit avoir fait affaire avec les plus de 17 ans et ce, pendant 5 ans ou plus (59%).

Les deux tiers des répondants disaient avoir suivi une formation dans le domaine de la prévention du sida et des MTS, de l'éducation sexuelle ou de la sexualité humaine en général (65%). Les moyens employés dans leurs activités de formation en ces domaines étaient la conférence ou l'exposé (87% des répondants), l'atelier (51%), la lecture individuelle (35%), la discussion-animation (19%) et l'audio-visuel, c'est-à-dire le visionnement de vidéos, de diapositives ou d'acétates accompagnés d'explications verbales (17%). De plus, 22% des répondants qui disent avoir reçu une formation dans le domaine indiquent qu'il s'agissait de colloques ou de congrès tandis que 31% disent avoir reçu une formation essentiellement théorique ou dans le cadre de leurs études universitaires.

En majorité, les répondants (82%) ont indiqué ne pas connaître le Guide d'activités éducationnelles en prévention du sida et des MTS destinés aux intervenants-jeunesse et conçu par le DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur pour le Centre Québécois de Coordination du Sida (organisme gouvernemental dont les activités et les préoccupations s'étendent sur tout le Québec). Parmi ceux qui ne connaissaient pas cet outil

d'intervention, la majorité disaient ne pas connaître les autres guides d'activités de ce genre diffusés au Québec (58%).

4. Résultats

Le tableau 1 présente les résultats obtenus par les répondants aux différents tests et questionnaires de connaissances et d'attitudes. Il en ressort que les répondants se montrent un peu sidaphobiques, passablement positifs à l'égard de la prévention du sida et des MTS, semblent vivre un stress modéré au travail dans ce domaine, sont extrêmement positifs face aux personnes atteintes de sida, paraissent peu homophobiques et très positifs face à la sexualité. Leurs connaissances sont très bonnes en ce qui concerne les voies de transmission du virus et excellentes sur des sujets plus généraux dans le domaine quoiqu'elles sont apparues plutôt moyennes sur certains aspects de ces sujets. En comparaison, leurs connaissances sur la sexualité semblent relativement faibles. Mais au bilan, l'ensemble de leurs connaissances paraissent très bonnes sur le sida. Les résultats généraux sont toutefois affaiblis par leurs plus faibles connaissances sur la sexualité.

4.1 Les connaissances

Pour avoir plus de détails sur les connaissances des répondants, nous avons identifié les sujets des questions que plus de 90% d'entre eux ont réussies. Puis nous avons relevé les sujets de questions réussies par 75 à 90% des répondants et par moins de 75% de répondants, ce qui correspondrait à des lacunes en termes de connaissances et, par conséquent, à des besoins de formation; ceux-ci représentent les sujets qu'il serait pertinent d'aborder lors d'une éventuelle formation d'intervenants. Voici cette analyse des résultats aux différents tests de connaissances.

Neuf (9) des douze (12) questions sur la transmission du VIH (Organisation Mondiale de la Santé 1989) figurent parmi les mieux réussies, puisque 90% et plus de répondants y ont indiqué les bonnes réponses. Les besoins de formation en termes de connaissances sont évoqués par les résultats suivants. De 75% à 90% de répondants ne savent pas que le virus ne s'attrape pas en embrassant une personne atteinte par la maladie. De plus, moins de 75% des répondants savaient que les transfusions sanguines ne sont pas un mode prépondérant de transmission du sida au Canada, ou qu'une femme atteinte de sida ou séro-positive peut transmettre le virus à son enfant pendant l'accouchement ou par l'allaitement.

Tel que mentionné auparavant, les connaissances générales ont été testées à l'aide de questions provenant du questionnaire de Dupras et al. (1987) et de celui de King et al. (1988). La première série de questions en comptait sept (7) tandis que la seconde en comptait 12. Six (6) des sept(7) questions de la première série ont été réussies par plus de 90% de répondants tandis que quatre(4) des 12 questions de la deuxième série sont dans ce cas. Les besoins de formation au niveau des connaissances se retrouvent du côté des résultats suivants. De 75% à 90% des répondants possédaient des connaissances exactes sur les sujets suivants (cela signifiant aussi que de 10% à 25% ne savaient pas ce qui suit): le nom du virus du

Tableau 1: Résultats généraux aux tests de connaissances et d'attitudes (N=120) de l'analyse de besoins

Tests	Moyenne(%)	Écart-type	
1) Attitudes[70]			
a) Sidaphobie (sidaphobique tend vers 0)	57	6.1	(échelle initiale sur 56)
b) Attitude envers la prévention (positive tend vers 100)	78	6,5	(échelle initiale sur 80)
c) Stress face au domaine (stressé tend vers 100)	41	1,7	(échelle initiale sur 20)
d) Attitude envers personnes atteintes (positive tend vers 100)	93	0,9	(échelle initiale sur 10)
e) Homophobie (homophobique tend vers 0)	78	4,5	(échelle initiale sur 28)
f) Attitude envers la sexualité (positive tend vers 0)	20	4,7	
2) Connaissances			
a) Transmission du virus (OMS 1989)	86	7,3	
b) Savoir général 1 (Dupras et al. 1987)	90	8,7	
c) Savoir général 2 (King et al. 1988)	77	13,7	
(Moyenne connaissances-sida)	(84)		
d) Savoir sur la sexualité (Michaud 1990)	62	11,2	
(moyenne de l'ensemble des connaissances)	71	7,9	

70. alpha de Cronbach calculés aux différentes échelles d'attitudes: de 0,6 à 0,8

sida (Virus de l'Immunodéficience Humaine ou VIH); la vaseline n'est pas un bon lubrifiant à employer avec le condom; l'usage combiné du condom et d'une mousse contraceptive avec nonoxynol-9 protège efficacement contre le virus du sida; et le médicament AZT (azidothymidine) ne permet pas de guérir du sida . Moins de 75% des répondants savaient ce qui suit: les risques de contracter le sida sont plus élevés pendant les menstruations; ce ne sont pas les globules rouges qui sont détruits par le virus pour affaiblir le système immunitaire; la première cause de décès chez les moins de 25 ans n'est pas le sida; il est possible que les tests de dépistage ne détectent pas la présence du VIH dans l'organisme infecté pendant les 6 premiers mois suivant l'intrusion du VIH; les femmes homosexuelles encourent moins de risques de contracter le sida que les hommes homosexuels.

Les besoins de formation en termes de connaissances à acquérir ou à améliorer sur la sexualité sont apparus plus grands que les précédents. Seulement cinq (5) des 44 questions portant sur la sexualité ont été réussies par plus de 90% de répondants. Comme ils étaient de 75% à 90% à posséder des connaissances exactes sur les sujets suivants, une partie des connaissances à cibler pour une éventuelle formation dans le domaine de la sexualité pourraient s'y rapporter:

1- la possibilité de grossesse pendant la ménopause,
2- les liens entre l'âge et la force des pulsions sexuelles,
3- la probabilité que les filles de moins de 19 ans aient déjà vécu leurs premières relations sexuelles coïtales,
4- le niveau de créativité comparable entre les homosexuels et les hétérosexuels,
5- la possibilité d'orgasme chez la femme qui a subi une hystérectomie,
6- l'absence de relation de cause à effet entre la mésentente sexuelle et la masturbation dans un couple,
7- les déclencheurs de l'orgasme chez la femme,
8- la possibilité des femmes d'avoir des orgasmes consécutifs,
9- l'effet de la circoncision sur le contrôle de l'éjaculation,
10- l'erreur de perception, faite par la plupart des femmes, de la frigidité qu'elles s'attribuent,
11- le fait d'avoir eu une grande quantité de jeux sexuels pendant l'enfance et l'adolescence ne nuit pas à la vie sexuelle une fois adulte,
12- et les pulsions sexuelles comparables, que les gens aient un ou plusieurs partenaires sexuels.

Les autres questions sur la sexualité ont été réussies par moins que 75% de répondants et les sujets suivants pourraient éventuellement faire partie du contenu de formation dans le domaine de la sexualité:

1- la ressemblance entre l'effet de l'anxiété sur l'orgasme chez l'homme et chez la femme,
2- l'efficacité du condom comme moyen contraceptif,
3- l'association souvent erronée entre l'impuissance chez l'homme et les troubles psychologiques,
4- la distinction entre le travestisme et l'homosexualité,
5- la distinction entre une vie de couple réussie et l'entente sexuelle,
6- l'intensité de l'orgasme chez la femme par d'autres moyens comparés au coït,
7- la délinquance sexuelle,
8- l'impuissance chez l'homme,
9- la propension dans la population hétérosexuelle à avoir des relations sexuelles oro-génitales,
10- les aliments supposément aphrodisiaques,
11- les liens entre l'impuissance chez l'homme et la consommation d'alcool,
12- les comportements homosexuels faisant partie du développement sexuel normal,
13- les liens entre la mésentente sexuelle et le divorce,
14- le rôle dans l'orgasme, de la stimulation clitoridienne,

15- l'influence plus grande du vieillissement sur les comportements sexuels des hommes que sur ceux des femmes,
16- la proportion d'adultes d'âge moyen et avancé qui pratiquent la masturbation,
17- la force des pulsions sexuelles des hommes qui commettent un viol,
18- le risque comparable de commettre un assaut sexuel qu'il s'agisse d'un exhibitionniste ou non,
19- la ménopause et les relations sexuelles,
20- les deux méthodes contraceptives les plus utilisées dans le monde (condom et coït interrompu),
21- le taux de relations sexuelles en milieu économiquement défavorisé comparé aux autres milieux,
22- les liens entre la pornographie et les comportements sexuels anormaux,
23- le lien entre la consommation de drogues et le désir sexuel,
24- et la proportion d'hommes et de femmes qui pratiquent la masturbation.

4.2 Les attitudes

Dans certains des tests d'attitude, les répondants indiquaient à chacun des items s'ils étaient fortement en accord avec l'énoncé, d'accord, indifférent, en désaccord ou fortement en désaccord. Pour l'analyse, les valeurs numériques de 4 à 0 ont ensuite représenté ces réponses. Les résultats inférieurs à 2,8 sur 4 (=70%) à chacun des items ont été regroupés; la limite fixée à 70% semblait assez raisonnable pour identifier les aspects qu'une éventuelle formation pourrait viser à améliorer et dégager ainsi les besoins de formation en termes d'attitudes à travailler. Voici les sujets sur lesquels portaient les items dont les résultats se sont trouvés en deçà de la limite établie:

1- la contribution apportée à la société par des personnes homosexuelles,
2-la crédibilité des spécialistes lorsqu'ils indiquent que le sida ne peut pas se transmettre par contact accidentel avec une personne porteuse ou atteinte de sida,
3- la crainte d'être soi-même à risque de contracter la maladie,
4- l'importance du sida comparé à d'autres problèmes de santé publique,
5- avoir des relations sexuelles avec son partenaire actuel s'il était déclaré sidéen,
6- la gravité du sida qui ne serait pas exagérée par les média,
7- la sévérité et l'expansion épidémique du sida,
8- la propension à embrasser un ami ou un partenaire qui a le sida,
9- la tendance à accepter d'avoir des contacts sexuels avec une personne atteinte de sida,
10- l'importance de ne pas se soigner à sa propre façon avec ou sans le sida,
11- la tendance à penser que son compagnon ou sa compagne ne nous laisserait pas tomber si on avait soi-même le sida,
12- l'usage du condom au lieu de l'abstinence sexuelle pour les personnes qui ont le sida,
13- l'attention à porter à ses propres signes physiques au cas où ils révèleraient la maladie,
14- avoir des relations sexuelles malgré le sida,
15- et le condom qui ne rendrait pas les relations sexuelles moins agréables.

Les réponses aux questions sur le stress en milieu de travail permettent de constater que 83% des répondants considèrent qu'il ne courent pas ou courent peu de risques de contracter le sida dans leur milieu de travail, et 93% trouvent que de travailler dans le domaine du sida ne représente pas une des parties les plus stressantes de leur travail. Par contre, 64% disent qu'ils ne seraient pas à l'aise ou le seraient peu de travailler avec des personnes atteintes ou porteuses de sida tandis que 82% trouveraient difficile d'avoir parmi leurs collègues des personnes porteuses ou atteintes de sida. Enfin, 19% des répondants indiquent que selon eux, leurs collègues ne font pas un bon travail ou font un travail passable en prévention face au sida. Il semble donc que les besoins que la formation pourrait combler en termes de perception que les

intervenants ont de leur travail dans le domaine du sida sont, pour le moins, parcimonieux, d'autant plus que ces intervenants, en règle générale, ne travaillent pas auprès des personnes atteintes de sida.

En ce qui concerne l'attitude des répondants face aux personnes atteintes, 97% des répondants trouvent que ces dernières devraient pouvoir vivre leur vie comme tout le monde et 20% trouvent qu'elles devraient être empêchées d'avoir des relations sexuelles. Tous les répondants indiquent qu'elles ne devraient pas avoir à porter de signe distinctif en public, ni être placées en institution avec droit de visite restreint, ni être médicalement mises à mort. À ce niveau, les attitudes paraissent donc très favorables aux personnes sidéennes. Par conséquent, une éventuelle formation pourrait davantage servir à consolider ces attitudes qu'à les développer davantage, car il est probablement impossible de pousser l'amélioration à un point limite maximum d'une attitude (tous les intervenants qui auraient une attitude favorable à 100%). De plus, les items du test employé semblent empreints d'une désirabilité sociale très forte qui incite les répondants à prendre une position positive envers les personnes atteintes. Il est donc difficile de tirer des conclusions valables sur les besoins de formation à l'égard des attitudes à améliorer envers les personnes atteintes de sida.

Le test d'attitude envers la sexualité comprenait cinq (5) items que l'auteur (Fisher 1988) avait identifiés pour être statistiquement représentatifs de son test complet. La réponse s'indiquait sur une échelle allant de 7 à 1 points, allant de fortement en accord à fortement en désaccord. Les items qui ont obtenu une moyenne inférieure à 5 points sur 7 (= 71%) portaient sur la nudité en public, l'excitation sexuelle en pensant à des pratiques sexuelles inhabituelles, la pensée d'avoir des relations sexuelles à long terme avec plus d'un partenaire sexuel. C'est donc dire qu'une éventuelle formation qui répondrait aux besoins dans ce domaine devrait conduire les intervenants à travailler leur attitude envers la sexualité (tolérance, acceptation, érotophilie).

4.3 Les comportements d'intervention

Le tableau 2 montre la proportion de répondants qui disent avoir fait diverses interventions de prévention auprès des jeunes pendant le mois précédant la collecte des données. Ce tableau laisse également voir qu'environ un tiers des répondants ne seraient pas intervenus pour informer, expliquer ou converser avec des jeunes au sujet de la prévention du sida. Plus de 40% n'ont pas eu l'occasion d'écouter des jeunes parler du sujet tandis qu'une majorité n'ont pas donné de documentation ni d'autres objets, réconforté, référé les jeunes ou regardé du matériel audio-visuel avec eux, ni ne les ont accompagnés pour une visite de consultation médicale ou un traitement.

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer le nombre de jeunes auxquels ils avaient fourni des renseignements sur le sida, que ce soit en réponse à une demande ou au fil de leurs interventions sans qu'il n'y ait eu de demandes. Les résultats obtenus sont présentés au tableau 3. Ils montrent que, dans le mois précédant la collecte de données, passablement de jeunes ont reçu des informations sur une diversité de sujets. Mais ce tableau indique aussi, pour chacun des sujets couverts, qu'au moins 30% (et souvent plus)

Tableau 2: Interventions pendant le mois précédant l'analyse de besoins

Types d'activités en prévention du sida-MTS	% de répondants (arrondi à l'unité supérieure)		
	jamais	1-3 fois	plus de 3 fois
1- Informer, expliquer	33%	22%	46%
2- Donner de la documentation	54	21	25
3- Avoir une conversation	32	24	44
4- Écouter	42	20	38
5- Réconforter, rassurer	64	13	23
6- Référer le jeune à quelqu'un	67	18	15
7- Regarder avec le ou les jeunes ou montrer un film, des diapositives, des pancartes, etc.	58	25	17
8- Accompagner un jeune pour une visite de consultation ou de traitement	91	8	2
9- Donner un objet autre que de la documentation (ex. condom)	76	9	15

Tableau 3: Distribution en % de répondants en fonction du nombre de jeunes à qui ils ont donné de l'information sur le sida dans le mois précédant l'analyse de besoins

Sujets abordés	% de répondants (arrondi à l'unité supérieure)			
	aucun	1-5 jeunes	6-10 jeunes	plus de 10 jeunes
1- Les symptômes du sida	55%	13%	4%	28%
2- Les test de dépistage du sida	58	16	5	22
3- La progression de la maladie chez une personne atteinte de sida	68	8	5	19
4- Les médicaments employés dans le traitement du sida	80	3	4	13
5- Les services et ressources face au sida	67	8	4	21
6- La façon dont le virus se transmet	34	20	9	37
7- La séro-positivité (porter du virus sans les symptômes de la maladie)	49	13	6	32
8- La désinfection des seringues et aiguilles	58	13	8	23
9- Le condom	31	15	12	43
10- Les comportements sexuels sécuritaires	40	14	9	37
11- Les comportements sexuels risqués pour contracter le sida	41	18	8	34
12- Drogues, médicaments et sexualité	58	8	7	28
13- Autres sujets reliés au sida	77	6	3	15
14- Autres sujets reliés à la sexualité	55	9	7	29

des répondants ne livrent pas d'informations à ce propos. Parmi les sujets les moins répandus, on retrouve les symptômes du sida, son dépistage, l'évolution de la maladie chez la personne atteinte, les médicaments employés, les ressources et services offerts face au sida et la désinfection des seringues et des aiguilles. Mentionnons que 31% des répondants indiquent ne pas avoir abordé avec les jeunes le sujet du condom.

4.4 Les attentes et les souhaits à l'égard du contenu, des habiletés et des activités de formation en prévention du sida

Les répondants devaient indiquer jusqu'à quel point ils seraient intéressés à suivre une formation qui aborderait différents sujets que nous leur suggérions. Les choix de réponses allaient de pas du tout à tout à fait intéressé (de 1 à 5). Le tableau 4 présente leur point de vue. Il est à noter que les suggestions émises aux numéros 12 et 13 du tableau 4 l'ont été par les répondants. Il ressort de ces données du tableau 4 que plus de 50% de répondants se disent très intéressés par une formation qui aborderait:

- les symptômes du sida,
- la progression de la maladie chez la personne atteinte,
- les services et ressources dans le domaine,
- la transmission du virus,
- la séro-positivité,
- les comportements sexuels risqués,
- les comportements sexuels qui sont plus sécuritaires,
- ainsi qu'une variété d'autres sujets sur le sida et la sexualité.

Par contre, moins que la moitié se disent très intéressés par les sujets suivants: le dépistage du sida, les médicaments dans le traitement de cette maladie, la désinfection des aiguilles et seringues et le condom.

À l'aide d'une échelle de réponses semblable à la précédente, les répondants ont également indiqué leur degré d'intérêt pour une formation qui viserait à développer certaines aptitudes pour intervenir en prévention du sida auprès des jeunes. Les aptitudes suggérées et les résultats obtenus sont présentés au tableau 5. Presque tous les secteurs d'aptitudes présentés ont suscité un intérêt élevé chez au moins les deux tiers des répondants, permettant ainsi de voir une facette des besoins, c'est-à-dire les habiletés que les répondants souhaitent développer dans une éventuelle formation. Par contre si les aptitudes suivantes étaient visées par une session de formation, celles-ci susciteraient moins l'intérêt :

- la capacité à trouver le moment propice pour référer un jeune à une autre ressource,
- le développement de sa capacité de parler du sida,
- la clarification de ses valeurs dans le champ de la sexualité,
- et une remise en question de sa propre sexualité.

Les répondants ont également indiqué par oui ou non s'ils souhaitaient qu'une éventuelle formation en prévention du sida repose sur les moyens que nous suggérions et qui sont énumérés au tableau 6. Il ressort des résultats présentés dans ce tableau que les trois quarts des répondants souhaiteraient que cette formation intègre les moyens suivants:

Tableau 4: Distribution en % de répondants intéressés à une formation sur les sujets présentés

Sujets impliqués	% de répondants(arrondi) par degré d'intérêt		
	pas ou peu	moyennement	beaucoup et tout à fait
1- Les symptômes du sida	19%	24%	57%
2- Les tests de dépistage du sida	24	26	50
3- Les étapes de la progression de la maladie chez la personne atteinte	13	26	61
4- Les médicaments employés pour le traitement de la maladie	17	40	44
5- Les services et ressources face au sida	7	19	74
6- La façon dont le virus du sida se transmet	20	18	62
7- La séro-positivité	14	19	68
8- La désinfection des seringues et aiguilles	26	34	40
9- Le condom	27	32	41
10- Les comportements sexuels sécuritaires face au sida	16	19	65
11- Les comportements sexuels risqués pour contracter le sida	18	20	62
12- D'autres sujets sur le sida (suggestions: historique du sida, épidémiologie, aspects psychologiques, accompagnement des personnes atteintes, comment intervenir, etc.)	28	13	58
13- D'autres sujet sur la sexualité (suggestions: les autres MTS, la contraception, la grossesse, les valeurs sexuelles, l'éducation sexuelle, la sexualité des jeunes, comment intervenir par rapport à la sexualité auprès des jeunes, l'homosexualité, le plaisir, etc.)	28	15	57

Tableau 5: Distribution en % de répondants intéressés à une formation visant les aptitudes mentionnées

Aptitudes impliquées	% de répondants(arrondi) par degré d'intérêt		
	pas ou peu	moyennement	beaucoup et tout à fait
1- Transmettre l'information correcte	8	10	82
2- Savoir comment aborder le sujet du sida avec la clientèle	25	12	73
3- Donner l'information pertinente	8	13	78
4- Être capable de parler du sida	24	22	55
5- Écouter un jeune parler du sida	17	19	65
6- Laisser parler les jeunes à propos du sida	16	17	67
7- Savoir ce que dit l'autre sans qu'il ne parle	14	14	73
8- Repérer par observation, ceux ou celles qui ont le sida	21	21	68
9- Clarifier ses propres valeurs sur la sexualité	27	17	57
10- Décider au bon moment de référer un jeune pour du dépistage, des traitements, etc. face au sida	12	24	64
11- Servir d'intermédiaire entre un jeune et les ressources et services sur le sida	13	18	70
12- Collaborer avec ses collègues pour travailler à prévenir le sida	12	19	70
13- Se remettre en question à l'égard de la sexualité	30	26	44
14- Motiver, convaincre les jeunes à prévenir le sida	5	11	84
15- Désamorcer la peur envers les personnes porteuses ou atteintes du sida	8	13	80

Tableau 6: Répondants (%) qui souhaiteraient que la formation emprunte les moyens mentionnés

Moyens	% répondants (arrondi)
1- Conférences	78%
2- Témoignage de personnes atteintes de sida	82
3- Films, diapositives, vidéos	83
4- Lecture de documentation	67
5- Ateliers	79
6- Discussion-animation	85
7- Discussion libre	49
8- Études de cas	74
9- Dynamique de groupe	47
10- Mises en situation	69
11- Exercices sur les valeurs	69
12- Jeux de rôle	58
13- Exercices sur la relation d'aide	75
14- Exercices de résolution de problèmes	75
15- Exercices sur la communication	73
16- Autres (suggestions: visites dans une maison qui accueille des personnes atteintes, rencontre avec des gens qui travaillent auprès des personnes atteintes)	3

- des conférences,
- des témoignages de personnes atteintes de sida,
- des films, diapositives, vidéos,
- des ateliers,
- l'animation-discussion,
- l'étude de cas,
- des exercices de relation d'aide,
- des exercices de résolution de problèmes.

Il semble que le travail accompli au Québec en prévention et en formation porte fruit. Une majorité d'intervenants-jeunesse rapportent avoir suivi, sous une forme ou une autre, une formation en prévention du sida. La plupart des intervenants-jeunesse québécois susceptibles d'être impliqués en prévention du sida maîtrisent assez bien bon nombre des éléments nécessaires, en termes de connaissances et d'attitudes préalables, pour intervenir convenablement auprès de la jeunesse dans le domaine de la prévention de l'infection au VIH.

Il faut admettre, cependant, qu'il reste du travail à accomplir pour soutenir et améliorer la situation. D'après les résultats de l'analyse des besoins de formation au Québec, il faudrait porter attention à certains aspects particuliers des connaissances et des attitudes à l'égard du phénomène du sida et de sa prévention, mais surtout aux connaissances sur la sexualité et au renforcement de l'action éducative proprement dite de ces intervenants-jeunesse.

D'abord, une meilleure connaissance de la sexualité est nécessaire aux intervenants-jeunesse pour les raisons suivantes. Ce domaine est hautement impliqué dans la prévention du sida. La plupart des connaissances, des attitudes et des comportements préventifs qu'il faudrait inculquer aux jeunes visent la sexualité. Bien des intervenants-jeunesse ont été à même de constater qu'en soulevant des questions de cette nature avec les jeunes, ils entraient directement dans le questionnement ou l'information sur la sexualité. Une meilleure maîtrise des connaissances en ce domaine permettrait à une plus grande proportion d'intervenants-jeunesse d'avoir un discours plus vaste et plus éclairé sur la sexualité et leur donnerait la distance nécessaire, par rapport à leur propre point de vue, pour aborder plus aisément et plus objectivement ce sujet avec les jeunes.

Ensuite, même si des intervenants-jeunesse disent avoir accompli des interventions auprès des jeunes, les résultats montrent qu'une grande proportion d'intervenants n'ont pas abordé les sujets pertinents ou ne sont pas intervenus en regard de la prévention du sida. Les études mentionnées dans la problématique l'ont signalé, les jeunes manquent d'information et de formation à ce propos. Il est donc souhaitable que l'action éducative de leurs intervenants-jeunesse soit renforcée dans le sens suivant: une plus grande proportion d'intervenants accompliraient un plus large éventail d'interventions en prévention du sida auprès des jeunes.

Pour voir dans quelle mesure les programmes de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida répondent aux besoins identifiés, nous avons soumis l'ensemble des résultats de l'analyse des

besoins, avec une description de la méthodologie employée, au jugement d'experts. Il en sera question plus loin, dans la présentation de la démarche et des résultats de l'étape suivante, celle de la conception du programme-modèle québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida.

V-Conception du programme-modèle québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida

Concurremment à l'étape de l'analyse des besoins de formation des intervenants québécois, les expériences de formation d'intervenants en prévention du sida ont été répertoriées puis analysées. Les résultats de cette analyse ont été examinés par la technique des jugements par des experts. Ceux-ci ont aussi examiné la concordance entre les résultats de l'analyse des besoins de formation et le programme virtuel et ont identifié les modèles éducatifs dominants dans ce programme. Ces confrontations ont ainsi permis d'établir le programme-modèle québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida.

1. Conception du programme "virtuel"

Dans le but de concevoir la première version du programme-modèle, appelée "programme virtuel", deux sources principales d'information ont été utilisées de manière à constituer un répertoire de programmes québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida. Ces sources sont les écrits et des entretiens semi-dirigés avec des auteurs des programmes non publiés. Puis, ce corpus d'informations a été analysé. Voici les procédés d'analyse employés et les résultats produits.

1.1 Sources d'information

Premièrement, la recension des écrits a permis de répertorier dans la littérature de recherche ou spécialisée en intervention, un ensemble de propositions de formation d'intervenants en prévention du sida. Deuxièmement, les principaux Centres de coordination ou d'études québécois et canadiens sur le sida ou sa prévention ont été contactés. Ceci a permis de définir le cadre d'analyse (dont il sera question plus loin) des programmes de formation provenant des territoires de la trentaine de Départements de Santé Communautaires de la province de Québec qui ont été mis à contribution. Ces milieux ont été approchés pour obtenir les renseignements nécessaires afin de localiser la documentation sur la formation d'intervenants en prévention du sida et, dans le cas des organismes québécois, pour identifier les responsables actuels des formations en cours de réalisation ou les programmes non publiés. Ces responsables ont été contactés par téléphone dans les cas où nous n'avions aucun renseignement écrit sur les formations offertes. Après avoir clairement expliqué le but de la recherche, nous demandions aux personnes contactées dans les différents milieux soit de nous faire parvenir la documentation qu'ils voulaient bien mettre à notre disposition, soit de nous recevoir pour que nous les interrogions sur la formation qu'ils offrent aux intervenants, soit de procéder par entretien téléphonique. Les questions étaient les suivantes:

- "Quels sont les objectifs de la formation que vous offrez aux intervenants en prévention du sida-MTS ? Quel en est le contenu de connaissances et d'habiletés? Quelles en sont les activités de formation et leurs modalités de réalisation? Quelles en sont les activités d'évaluation? Quels ont été les effets de ces formations sur les intervenants-jeunesse?".

La liste des programmes de formation impliqués et des régions d'application de ces programmes est présentée au tableau 7. Elle est suivie des noms des régions québécoises où ces programmes étaient appliqués, l'avaient été ou étaient sur le point de l'être.

1.2 Analyses de contenu

Le matériel recueilli a été analysé en s'inspirant des techniques d'analyse de contenu thématique[71]. Chacune des formations a été décrite en fonction des composantes de programme et selon les sous-catégories présentées au tableau 8. L'ensemble de cette grille constitue ainsi notre cadre d'analyse. Partant de ce découpage, les objectifs, le contenu et les activités de formation ont été relevés par sous-catégorie. Les informations ont été résumées et situées à l'intérieur de la composante correspondante d'un programme dans la grille-synthèse, soit les objectifs, le contenu et les activités. Les résultats de l'analyse de contenu des programmes québécois sont présentés à l'Annexe 1.

À partir des objectifs, du contenu et des activités de formation analysés, le programme "virtuel" a été constitué en prenant les éléments les plus fréquents apparaissant dans la grille-synthèse remplie et présentée à l'Annexe 1. Ce programme virtuel est présenté à l'Annexe 2. Il a été par la suite mis à l'épreuve par une technique de jugements. Ceci est expliqué en détail à la section suivante.

2. Mise à l'épreuve du programme virtuel

Le programme virtuel a été mis à l'épreuve par confrontation avec les informations de la grille-synthèse, avec les modèles éducationnels relevés dans les écrits en Sciences de l'éducation et avec les besoins de formation des intervenants-jeunesse québécois tels qu'identifiés précédemment à l'étape de l'analyse des besoins. Cette confrontation a impliqué six (6) spécialistes reconnus au Québec en formation d'intervenants en matière de sida et cinq (5) spécialistes Ph.D. en Sciences de l'éducation, leaders québécois et mondiaux dans le domaine de l'éducation et tous professeurs d'université en formation des maîtres. Il ne s'agissait donc pas ici de réaliser un échantillonnage dans une population, mais de mettre à contribution des experts de haut niveau et parmi les plus qualifiés dans le domaine, afin qu'ils posent un jugement éclairé sur le programme virtuel.

Le programme virtuel présenté à l'Annexe 2, a été soumis aux onze (11) juges experts. Certaines opérations ont été effectuées par tous les juges. Certaines autres, plus spécifiques au domaine de

71. Bardin, L. (1991). L'analyse de contenu. 6è éd. Paris: PUF.

Tableau 7: Les programmes de formation répertoriés au Québec et régions impliquées

---

Les organismes et auteurs de programmes de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida

1- Département de Santé Communautaire(DSC) du Grand Portage, Rivière-du-Loup
2- DSC Hôtel-Dieu de Roberval
3- F. Michaud et Équipe Régionale de Prévention et de Dépistage, Région 03 et Est du Québec (Infection à VIH et sida) (ci-après ERDPS)- DSC Centre Hospitalier de l'Université Laval
4- DSC Hôpital Enfant-Jésus: applique F.Michaud (3-)
5- DSC Régional de la Mauricie, Shawinigan, Marie-Claude Bernard et CLSCs et cliniques MTS
6- DSC Hôpital Ste-Croix, Drummondville, les DSCs de la région 04
7- DSC Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal
8- DSC Hôpital Général de Montréal, R. Cloutier
9- DSC Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal: Inter DSC-Ministère de la Santé et des Services Sociaux et Centre Québécois de Coordination sur le Sida
10- DSC Hôpital St-Luc, Montréal (applique 9-)
11- DSC Hôpital St-Luc, Montréal, D. Tessier- D. Companile
12- DSC Hôpital St-Luc, Montréal, D. Tessier
13-DSC Centre Hospitalier de l'Outaouais-Hull, D. Gélinas- partie de programme
14- DSC Rouyn-Noranda et Centre Régional de la Santé et des Services Sociaux (CRSSS) de l'Abitibi-Témiscamingue
15- DSC Baie-Comeau et CRSSS Côte-Nord, F. Gendron
16-DSC Centre Hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé, ERDPS
17- DSC Centre Hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé
18-DSC Cité de la Santé, Laval, S.Venne et Équipe MTS
19-DSC Charles Lemoyne, Greenfield Park, R. Thomas et D. Longpré- a)
20- DSC Charles Lemoyne, Greenfield Park, R. Thomas et D. Longpré- b)
21- Centre Québécois de Coordination sur le Sida, voir 9-

Régions d'application de ces programmes

- Rivière-du-Loup- région 01
- Roberval - région 02
- Québec- région 04
- Shawinigan-Mauricie- région 04
- Drummondville- région 04
- Montréal- région 06
- Outaouais-Hull- région 07
- Rouyn-Noranda et Abitibi-Témiscamingue- région 08
- Côte-Nord, Baie Comeau- région 09
- Gaspé- région 11
- Laval- région 13
- Greenfield Park- région 16
- CQCS: Province de Québec

Tableau 8-Grille-synthèse des composantes de programmes de formation d'intervenants en prévention du sida

-Les objectifs

Sources	Acquisition de connaissances	Travail sur soi	Développement d'habiletés
Auteurs			
[comprend les objectifs visés provenant de ces sources]			
...			

- Le contenu

Sources	Conn. scientifiques	Conn. instrumentales	Conn. de soi	Conn. pédagogiques pratiques
Auteurs				
[comprend l'énumération des connaissances visées provenant des sources]				
...				

-Les activités

Sources	Centrées surtout sur le formateur	Centrées surtout sur l'intervenant-participant			Centrées sur le formateur et l'intervenant-participant
		Reliées aux conn scientif.et instrum.	Reliées à la conn de soi	Reliées aux habiletés	
Auteurs					
... [comprend les activités des programmes provenant de ces sources]					

l'éducation, n'ont été effectuées que par les experts des Sciences de l'éducation, tandis que seulement les experts de la prévention du sida ont eu à appliquer d'autres procédés en conformité avec leur domaine de qualifications. Voici en détail les procédés de jugement et les résultats qui s'ensuivent.

2.1 Confrontation du programme virtuel avec les informations de la grille-synthèse représentant les programmes québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida

Les informations compilées dans la grille-synthèse comprenaient donc les objectifs, le contenu et les activités de formation des programmes québécois analysés. Ces informations ont été présentées aux six (6) spécialistes en formation d'intervenants en matière de sida.

a) Méthodologie

Les six (6) spécialistes en formation d'intervenants-sida devaient attribuer aux objectifs pris séparément, puis aux activités de formation prises ensemble, une note sur 4 points, représentant le degré de concordance entre ces composantes dans le programme virtuel et celles qui comprenaient les données amassées dans chacune de ces catégories et réparties dans les sous-catégories de la grille-synthèse, ceci provenant de l'analyse des programmes québécois de formation d'intervenants. Ces six (6) juges avaient aussi à examiner la pertinence du contenu du programme virtuel par rapport à celui des différents programmes québécois de formation d'intervenants tels que présentés dans la grille-synthèse. Leurs commentaires écrits individuellement ont été recueillis pour ce faire. Puis, considérant l'ensemble des programmes de formation présentés dans la grille-synthèse (objectifs, contenu et activités suggérés par chaque auteur des programmes québécois), les mêmes juges attribuaient une note sur 4 points de concordance pour l'ensemble du programme virtuel comparé à l'ensemble des programmes québécois. Ainsi, ces juges se sont prononcés sur l'adéquation entre les cas québécois rapportés et le programme virtuel pour chacune des composantes du programme prises séparément et dans leur ensemble.

b) Résultats

Les données recueillies sont présentés à l'Annexe 3, dans les tableaux Ia) à Ie). La décision de retenir ou non un objectif donné ou les activités de formation dans le programme virtuel, était basée sur le fait que 5 juges sur 6 allouent une note d'au moins 3 sur 4, dans leur jugement sur le degré de concordance entre ces composantes et celles des programmes québécois.

Les données de l'Annexe 3 montrent que tous les objectifs généraux et spécifiques et l'ensemble des activités de formation ont pu être conservés. De plus, les commentaires formulés par les juges et présentés à l'Annexe 3 (au tableau Ib) montrent la pertinence du contenu du programme virtuel par rapport à l'ensemble des programmes de formation québécois.

Le programme virtuel pris dans son ensemble a également été jugé concordant avec l'ensemble des programmes de formation d'intervenants tels que présentés dans la grille-synthèse. Cinq (5) des six (6)

juges ont en effet accordé une cote d'au moins 3 sur 4 pour estimer cette concordance, l'autre juge ayant omis de répondre à la question portant sur ce sujet.

2.2 Confrontation du programme virtuel avec les modèles éducationnels

Rappelons que nous estimions que si un programme de formation d'intervenants est également "éducatif", il devrait en principe reposer sur un modèle éducatif, même tacitement. Aussi, les cinq (5) juges experts en Sciences de l'éducation ont été mis à contribution pour examiner cette éventualité.

a) Méthodologie

Les cinq (5) spécialistes en Sciences de l'éducation ont eux aussi eu en main la présentation écrite du programme virtuel présenté à l'Annexe 2, mais accompagnée de la description des 16 typologies de modèles éducationnels et de leurs modèles respectifs tel que Bertrand et Valois (1982) les ont résumés[72]. Tous les experts connaissaient cet exposé de typologies relativement reconnu en Sciences de l'éducation au Québec. Pour chacun de ces modèles, les spécialistes devaient indiquer par une note sur 4 points, le degré de rapprochement entre le programme virtuel et chacun des modèles éducationnels pris à tour de rôle (de 0: aucun rapprochement à 4: rapprochement total). S'ils le voulaient, ces juges experts livraient leurs commentaires par écrit sur les raisons de leur choix de réponse. Les modèles éducationnels privilégiés par le programme virtuel seraient ceux qui, de typologie en typologie, voyaient au moins quatre (4) juges sur les cinq (5) leur attribuer une note de 3 ou de 4 sur 4 points.

Les commentaires suivants ont été faits aux juges à propos des termes employés dans la définition de chacun des modèles éducationnels qui leur ont été présentés (et qui apparaissent au tableau II de l'Annexe 3). Les termes "étudiants, élèves, etc." employés dans la description sommaire des modèles correspondent au terme "participants ou intervenants-participants". Les termes "enseignant, professeur, maître, etc." employés dans la description des modèles correspondent au terme "animatrice" dans le programme-type. Le terme "enseignement" employé dans les descriptions des modèles doit être pris pour "intervention de formation" dans le cas du programme-type tandis que le terme "éducation" correspond à "formation".

b) Résultats

Les données recueillies sont présentées à l'Annexe 3 (Tableau II). Parmi les nombreux modèles organisés en plusieurs typologies et soumis aux cinq (5) juges experts en Sciences de l'éducation, il en ressort quelques-uns que quatre (4) juges sur les cinq (5) ont coté 3 ou 4 sur une possibilité de 4 points, pour estimer le degré de rapprochement avec le programme virtuel. Ces modèles étaient définis comme suit:

72. Ibid. 23

- Typologie 5. Parmi les trois modèles de l'institution scolaire de P. Angers:

5.3 "Le modèle 3 (...) se définit par un rapport de complémentarité et de fécondation entre le sujet et son environnement de sorte que la croissance personnelle résulte de l'interaction de l'individu et de l'environnement."

-Typologie 9. Parmi les quatre styles ou modèles d'enseignement et d'apprentissage de Lapp, Bender, et d'autres:

9.4 "L'éducation interactionnelle met l'accent sur la recherche en commun de nouvelles valeurs et nouvelles finalités."

- Typologie 14. Parmi les cinq orientations du curriculum de Eisner et Vallance:

14.5 " Le curriculum comme 'reconstruction sociale' est centré sur la réforme sociale et la responsabilité de l'individu face à l'évolution de la société."

Si on retient les modèles éducationnels qu'au moins quatre (4) juges ont cotés 2,3 ou 4 sans qu'il n'y ait de cote 0 ou 1 attribuée, les modèles éducationnels définis succinctement comme suit, s'ajoutent aux précédents:

- Typologie 4. Entre l'école traditionnelle et l'école nouvelle de S. Mollo:

4.2 "L'école nouvelle supprime la leçon magistrale au profit d'une participation active (...)[de l'apprenant] à la création du message pédagogique."

- Typologie 11. Parmi les quatre modèles ou courants pédagogiques du Conseil Supérieur de l'Éducation:

11.2 "L'enseignement systématique consiste dans l'application d'une démarche rationnelle à l'analyse et à l'organisation du processus enseignement-apprentissage de sorte que l'enseignement s'identifie à l'élaboration et à la mise en oeuvre de stratégies clairement déterminées et orientées vers la maximisation de l'apprentissage."

- Typologie 16. Parmi les paradigmes éducationnels de Bertrand et Valois:

16.3 " Le paradigme existentiel centré sur le développement de la personne."

Ces résultats tendent à montrer que l'axe éducationnel dominant dans la formation des intervenants-jeunesse québécois en prévention du sida et autres MTS semble être celui de l'interaction sociopédagogique. En effet, cette idée est présente et explicite dans le modèle éducationnel 5.3 de la typologie d'Angers et dans le modèle 9.4, l'éducation interactionnelle de la typologie de Lapp, Bender et autres. Plus implicitement, l'interaction pédagogique apparaît aussi avec le modèle 4.2, celui de l'école nouvelle de la typologie de Mollo, lorsqu'il est question de la participation active des apprenants à la réalisation de la situation pédagogique. Ceci implique une interaction fort active entre le formateur et les apprenants. L'implication sociale des individus, l'autre dimension importante retrouvée dans le programme-modèle, implique l'éducation interactionnelle (Lapp, Bender et autres modèle 9.4) et la reconstruction sociale (Eisner et Vallance, modèle 14.5). La première suggère que les individus constituent un groupe qui cherche de nouvelles valeurs tandis que la seconde met en relief la responsabilité individuelle dans la réforme de la société.

En mineure, le programme semble aussi orienté par le développement personnel des intervenants-

participants. C'est ce qu'évoque le paradigme existentiel de Bertrand et Valois (modèle 16.3) associé, par les juges, au programme-modèle québécois. L'enseignement systématique, tel que défini par le Conseil Supérieur de l'éducation (modèle 11.2), y occupe aussi une place, mais relativement mineure elle aussi.

Par conséquent, le modèle éducationnel dominant dans la formation des intervenants-jeunesse québécois en prévention du sida et des autres MTS pourrait être sommairement identifié comme suit. **Il s'agit d'un modèle éducatif mixte que nous nommons l'interaction sociopédagogique puisque son orientation principale est l'interaction à la fois pédagogique et sociale. Ce modèle a pour tendances secondaires d'être axé sur les dimensions personnelles de l'intervenant en formation et de s'appuyer sur une organisation systématique de l'intervention dans cette formation d'intervenants.**

2.3 Confrontation du programme virtuel avec les besoins de formation des intervenants

Les 11 juges-experts, tant dans le domaine de la prévention du sida que dans celui des Sciences de l'éducation ont, par la suite, examiné les résultats de l'analyse des besoins de formation des intervenants-jeunesse en milieu scolaire et hors réseau scolaire, dont nous avons parlé plus haut au chapitre 3. Voici la méthodologie employée et les résultats de ce jugement.

a) Méthodologie

Partant de ce rapport d'analyse des besoins de formation, les 11 juges devaient indiquer sur 4 points le degré suivant lequel le programme virtuel répond aux besoins de formation, considérant les différents résultats présentés dans le rapport. Nous avons par ailleurs demandé aux juges d'indiquer brièvement et par écrit, ce qu'ils entendent par "besoins de formation" et y "répondre", eu égard aux sous-catégories définies à l'intérieur des composantes du programme virtuel.

b) Résultats

Les résultats présentés à l'Annexe 3 au tableau III montrent qu'en majorité, les experts trouvent que le programme virtuel correspond beaucoup aux besoins de formation identifiés chez les intervenants-jeunesse. Neuf (9) juges sur 11 ont donné au moins 3 ou 4 sur 4 points au degré de concordance (concordance considérable ou parfaite), les deux autres juges y voyant une concordance modérée (cote =2 sur 4 points).

Les réponses fournies par les juges à propos de leur définition des notions de "besoins" et de "répondre à ces besoins" (Annexe 3, Sections IV et V) montrent que cette concordance du programme virtuel avec les besoins de formation s'applique autant au plan des attentes exprimées par les intervenants-jeunesse qu'au plan des écarts qui sont apparus entre les résultats de l'analyse de besoins et l'idéal possible des connaissances et des attitudes à posséder, des comportements d'intervention à améliorer. En cela,

notre propre définition de ces notions s'avérait similaire.

2.4 Ajustements au programme virtuel et production du programme-modèle

Les jugements et les avis fournis par les experts permettent donc de constater que le programme virtuel représente bien l'ensemble des activités québécoises de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida, correspond aux besoins de formation identifiés et relève d'une pédagogie principalement interactive centrée sur des aspects d'abord sociaux, puis personnels et correspondant à une organisation plutôt systématique de cette intervention de formation. Leurs commentaires a par ailleurs permis de relever certains ajustements mineurs à faire au programme (ex. préciser certains objectifs, modifier légèrement la séquence de certaines activités de formation). Après ces ajustements, le programme virtuel est ainsi devenu le programme-modèle de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida et autres MTS. Le programme-modèle est présenté à l'Annexe 4.

Ce programme-modèle a par la suite été appliqué et évalué quant à ses effets sur les connaissances, les attitudes et les comportements d'intervention des intervenants-participants. Il en sera question au chapitre suivant.

VI- Expérimentation et évaluation du programme-modèle

L'application du programme a eu lieu en avril et mai 1992 à Montréal dans les locaux du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur. Un devis d'évaluation prétest, postest, post-postest d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin a été appliqué (figure 2) pour évaluer l'effet du programme-modèle québécois.

Ceux et celles qui ont participé à l'expérimentation et à l'évaluation du programme-modèle travaillaient dans des organisations situées sur le territoire couvert par le DSC Sacré-Coeur qui dessert une population de 336 000 habitants. Le mode de sélection des participants ainsi que leurs caractéristiques sont présentées ci-dessous. Les ajustements effectués au programme en cours d'application et les résultats de l'évaluation sont ensuite exposés.

1. Les participants

À partir de la liste des écoles secondaires et des organisations pour jeunes situées sur le territoire cible, un échantillonnage aléatoire a été effectué. Le nombre d'écoles (10) et d'organisations pour jeunes (22) de l'échantillon fut établi en fonction du nombre et de la proportion relative d'intervenants-jeunesse qui travaillaient dans chacun et dans l'ensemble des établissements, de manière à obtenir un échantillon de 80 intervenants-jeunesse, dont la moitié provenaient des écoles et l'autre moitié, des organismes sociaux ou de la santé axés sur les services aux jeunes. Les intervenants-jeunesse visés dans les écoles étaient ceux qui s'occupaient du cours de Formation personnelle et sociale ou ceux qui étaient susceptibles de faire de la prévention du sida auprès des jeunes. Dans les organismes sociaux et de la santé, tous les intervenants-jeunesse faisaient partie de la population visée.

Ces intervenants-jeunesse ont été contactés pour répondre au questionnaire d'analyse de besoins dont il a été question auparavant. Une somme d'argent symbolique ($10.) était attachée au questionnaire pour les remercier de leur collaboration. Leurs résultats ont été comparés à ceux de l'analyse de besoins des autres DSC du Québec. Les tests t ne montrent pas de différences significatives ($p < 0,05$) entre les résultats respectifs de l'échantillon d'intervenants-jeunesse du Québec et des intervenants-jeunesse sur le territoire du DSC Sacré-Coeur, quant aux attitudes et aux connaissances mesurées.

Dans le questionnaire soumis aux intervenants-jeunesse du DSC Sacré-Coeur, les répondants devaient indiquer s'ils consentaient ou non à être contactés pour participer à l'application et à l'évaluation du programme ou pour être membres du groupe témoin. Les répondants qui ont donné une réponse positive, soit 55 intervenants scolaires et 63 intervenants hors scolaires, ont été contactés par téléphone. Ils ont été informés des buts et des modalités de leur participation. Parmi ceux qui acceptèrent de participer, il y eut finalement 32 personnes disponibles aux moments voulus et qui s'impliquèrent directement, soit comme participant au programme, soit comme membre du groupe témoin.

	Prétest	X	Postest	Post-postest (6 mois plus tard)
	(questionnaire)	(formation 12 hres en 3 semaines)	(questionnaire et ajout sur satisfaction; omission des questions sur comportements)	(questionnaire avec section sur comportements, mais sans celle sur satisfaction)
Groupes:	Expér. et témoin	Expéri-mental	Expérimental; témoin: sans quest. satisf.	Expérimental et témoin

Figure 2: Le devis d'évaluation du programme-modèle

Le groupe de participants se composait, au départ, de 16 intervenants-jeunesse. Trois ont laissé en cours d'application du programme. Aussi, le groupe comprenait 13 personnes à la fin du programme, à savoir: 10 femmes et 3 hommes.

Cependant, les résultats produits pour l'évaluation s'appuient généralement sur les réponses de 12 participants puisque le treizième n'a pas pu entièrement remplir le questionnaire à l'un ou l'autre des moments de collecte de données. Dans le groupe expérimental, la moitié des 12 répondants sont des intervenants scolaires (enseignants et autres) et l'autre, des intervenants hors scolaires (par exemple: intervenant communautaire, infirmière). La moyenne d'âges du groupe expérimental était de 35 ans.

Le groupe témoin compte 16 personnes dont la moitié sont des intervenants scolaires et l'autre, des intervenants hors scolaires. La moyenne d'âges est de 39 ans. Ce groupe compte 10 femmes et 6 hommes.

2. L'application du programme-modèle

Rappelons que le programme de formation à appliquer est le prototype des formations offertes au Québec. Le groupe expérimental qui y a été soumis a été divisé en deux sous-groupes de formation. Les activités de formation de chaque sous-groupe duraient 12 heures, ce qui constitue une durée représentative des programmes de formation québécois, réparties sur trois semaines à raison de quatre heures par séance. Une seule et même formatrice a appliqué le même programme aux deux sous-groupes.

2.1 La formatrice

Le formatrice détenait une maîtrise en sexologie spécialisée en éducation sexuelle. Elle était dans la trentaine et avait quelques années d'expérience en formation d'intervenants. Elle faisait partie des formateurs d'intervenants qui oeuvrent au Québec en prévention du sida et des MTS.

Elle a reçu une préparation d'une douzaine d'heures qui consistait à se familiariser avec les résultats de l'analyse des besoins et avec le programme-modèle, c'est-à-dire son contenu, ses objectifs, ses méthodes et le matériel didactique d'accompagnement. Cette formation de la formatrice était plutôt informelle. Il s'agissait de lectures dirigées, de séminaires de discussion et d'information avec l'équipe de recherche et de consultations pour la conception et la sélection du matériel didactique.

2.2 Le programme en action

Le programme-modèle planifié est présenté à l'Annexe 4. Le programme prévu a été légèrement ajusté pendant son application. Aussi, les activités de formation du programme en action, c'est-à-dire tel qu'il s'est déroulé, sont présentées ci-dessous. Les numéros d'objectifs et de contenu renvoient à ceux du

programme-modèle (annexe 4). Les ajustements apportés sont indiqués par un souligné.

SESSION 1: 4 heures

1- Accueil, présentation de la situation de cette formation dans le cadre de la recherche. Il est demandé aux participants-es de s'engager à être présents à chacune des séances jusqu'à la fin de l'expérimentation; ils peuvent s'en retirer à ce moment-ci s'ils croient ne pas pouvoir le faire, afin de laisser la possibilité à d'autres intervenants-es de participer au programme. Il leur est également dit que s'ils devaient s'en retirer en cours de route, aucun préjudice ne leur sera causé et qu'ils demeurent libres de participer ou non.

Durée: 15 min.
Fonction: introduction au contexte de la formation

2- L'animatrice présente les principes de fonctionnement du groupe (écoute, confidentialité, support mutuel) et demande à chacun de s'engager dans ce sens. Ces principes sont inscrits sur des feuilles qu'elle distribue à chacun et chacune. Les participants-es écoutent et posent leurs questions au besoin.

Durée: 5 minutes.
Fonction: assurer le bon fonctionnement du groupe

3- Brainstorming: L'animatrice demande aux participants-es de dire ce qu'il faut posséder comme qualités pour être aptes à exercer leur rôle d'intervenants-es auprès des jeunes dans la prévention du sida et des autres MTS. Elle demande de résumer ces éléments en un ou deux termes qu'elle inscrit sur des feuilles d'animation déjà collées sur les murs, pour former une liste. Au besoin, elle pose des questions de sorte que les aspects suivants soient couverts: attitudes d'acceptation, esprit ouvert, réceptivité face à la sexualité, à l'homosexualité, face aux personnes atteintes, face à la consommation de drogues par les jeunes, face aux jeunes, les valeurs, les habiletés, les connaissances. L'animatrice demande également des aspects que peuvent avoir les intervenants-es et qui sont susceptibles de nuire à leur travail d'intervention auprès des jeunes en prévention sida-MTS. Elles demande de résumer ces éléments en un ou deux termes qu'elle inscrit sur les feuilles d'animation pour former une seconde liste. Au besoin, elle pose des questions de sorte que les aspects suivants soient couverts: attitudes défavorables, craintes, limites, réticences, préjugés, méconnaissance des institutions impliquées. Les participants-es émettent leurs idées et l'animatrice inscrit leurs réponses rapidement et introduit , au besoin, des questions sur les sujets mentionnés.

Durée: 25 min.
Ressource: feuilles d'animation déjà installées au mur, stylo feutre, papier adhésif (les feuilles d'animation seront conservées pour la dernière activité du programme)
Contenu: 9.1 à 9.6
Objectifs: 3.1, 3.2, 3.3

4- Animation-discussion: L'animatrice demande aux participants-es quelles sont leurs propres qualités et leurs propres limites ou craintes personnelles comparé à ce qui est inscrit sur les feuilles d'animation; elle leur demande également ce qu'ils peuvent faire pour améliorer leur propre situation. Au fur et à mesure qu'ils s'expriment, elle reformule et fait des reflets. Les participants-es s'expriment à tour de rôle.

Durée: 35 min. dans un groupe et 20 min. dans l'autre
Ressource: les deux listes inscrites au tableau
Contenu: 9.1 à 9.6
Objectifs: 3.1, 3.2, 3.3

5- Étude de cas: L'animatrice demande aux participants-es de raconter aux autres un cas où ils sont intervenus auprès de jeunes dans le domaine de la prévention du sida ou des MTS. Chaque participant-e dispose de 4 minutes pour décrire la situation. Ils s'expriment à tour de rôle. L'animatrice reformule au besoin; elle pose des questions et suggère aux participants-es de poser leurs questions ou d'exprimer leurs réactions au fur et à mesure. Elle affiche à la vue de tous et toutes les points à soulever lors de la narration de son expérience par chacun des participants-es:

- Quels étaient vos objectifs?
- Quelles étaient les caractéristiques des jeunes?
- Quel matériel avez-vous utilisé?
- Que ressentiez-vous?
- Comment vous y êtes-vous pris? Qu'avez-vous fait ou dit?
- Combien de temps cela a-t-il pris?
- Quel effet cela a-t-il eu sur les jeunes?

- Quel était le principal point fort de votre intervention?
- Quel était le principal point faible de votre intervention?"

L'animatrice inscrit sur les feuilles d'animation affichées à la vue de tous et toutes, les grandes lignes de ce qui est dit sur chacun de ces points.

Durée: 45 minutes
Ressource: - feuilles d'animation 36x24 po, stylo-feutre, papier adhésif
- liste des questions inscrites à l'avance sur une feuille d'animation et affichée devant le groupe
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.3 à 9.6
Objectif: 3.1

Pause: 25-30 min.

6- Exposé: L'animatrice demande aux participants-es de remarquer les points communs qu'elle a relevés quant aux objectifs visés dans les cas racontés, quant aux éléments d'information transmise reliée au sida, aux MTS et à leur prévention, quant aux moyens employés pour intervenir, et quant à l'intervenant-e (ressenti, comportements, etc.). Elle encercle ces aspects sur les feuilles d'animation où sont inscrites les notes qu'elle a prises. Elle leur indique parmi les points relevés ceux qui seront couverts dans ce programme, ceux qui seront plus approfondis; elles leur mentionne les points qui ne sont pas communs ou qui n'apparaissent pas dans les cas présentés mais qui seront abordés. Les participants-es regardent et écoutent; ils interviennent s'ils le veulent.

Durée: 5 min. dans un groupe, 2 min. dans l'autre
Ressource: - les feuilles d'animation sur lesquelles sont inscrites les notes prises lors de l'activité précédente, stylo feutre
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectif: 3.1 (et fonction :présentation du programme de formation)

7- Exposé avec acétates: L'animatrice expose l'aperçu général de la situation des MTS et du sida quant aux aspects épidémiologiques pour la population québécoise et pour les jeunes en particulier. Elle mentionne les principaux événements historiques sur le sida. L'animatrice distribue un document-synthèse. En se servant du rétroprojecteur et d'acétates, elle souligne les principaux points concernant le sida et certaines MTS quant aux divers aspects biomédicaux: épidémiologie, transmission, symptômes et traitement qui sont présentés dans le document-synthèse. Elle demande aux participants-es non familiers avec ces informations de lire ultérieurement et au complet la documentation à la maison. Les participants-es regardent et écoutent; ils interviennent s'ils le veulent.

Durée: 45 min. dans un groupe, 50 min. dans l'autre
Ressource: - les feuilles d'animation sur lesquelles sont inscrites les notes prises, stylo feutre
- une pochette de documentation par participant-e (sur les aspects épidémiologiques, les modes de transmission, du sida et des MTS, sur les symptômes, le le test, les traitements)*
- acétates*, rétroprojecteur, écran
Contenu: 1.1, 1.2, 2.2 à 2.5, 6.1,6.2
Objectif: 1.1

* - L'historique du sida: résumé à partir de:
Montagnier, L. (1989). *Sida, les faits, l'espoir.* (éd. québécoise). Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux: Direction des communications.
et Grmek, M.D. (1989). *Histoire du sida.* Coll. Médecine et Société. Paris: Payot.
- L'évolution clinique de l'infection par le VIH: tableau synthèse réalisé à partir de:
Olivier, C. et Thomas, R. (1990). *Le sida, nouveau défi médical.* (2è éd.). Association des médecins de langue française du Canada.
- Tableau résumant les taux de cas de sida: fait à partir de:
Centre fédéral sur le sida (1er janv. 1992). *Mise à jour de surveillance: le sida au Canada.* Ottawa: Ministère de la Santé et du Bien-être Social, Canada.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (15 mars 1992). *Surveillance des cas du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), Cas cumulatifs 1979-1992. Région 06-Montréal Métropolitain.* Montréal: Gouvernement du Québec, Centre de Coordination sur le Sida (CQRS).
Bureau régional des maladies infectieuses (1991). *Tableau provisoire cumulatif des maladies infectieuses par groupe d'âge et de sexe.* Montréal:Regroupement des DSC du Montréal Métropolitain.
- Documentation, sous forme de résumé ou de feuillets, portant sur les médicaments AZT et DDI:

___ (1992). MD Bristol Myers Sqibb Canada Inc., Montréal.
___ (s.d.) Division médicale Welcome Burroughs Inc., Kirkland, Québec.
Grmek, M.D. (1989). *Histoire du sida.* Coll. Médecine et société, Paris: Payot.
- Dépliants sans date, sans auteur et sans titre sur les mécanismes de transmission du VIH, les symptômes, les tests, et les MTS.

8- Visionnement d'un extrait d'un vidéo: L'animatrice annonce qu'il s'agit d'un film sur le VIH et les mécanismes de l'infection. Elle signale les points à remarquer et met l'appareil en marche. Les participants-es écoutent et regardent.

Durée: 20 min.
Ressource: Vidéo sur le VIH et sa progression dans l'organisme*, unité de visionnement
Contenu: 2.1 à 2.4
Objectifs: 1.1, 1.2

* CSSMM (1988). *Je fais le point sur le sida.* Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

9- Questions-réponses: L'animatrice demande aux participants-es de poser leurs questions sur le contenu du vidéo. Les participants-es qui le veulent s'expriment. Au besoin, l'animatrice redirige les questions vers le groupe ou explique certains points.

Durée: 30 min. dans un groupe, 10 min. dans l'autre
Ressource: aucune
Contenu: 2.1 à 2.4
Objectifs: 1.1, 1.2

L'animatrice annonce ce qui sera vu dans le prochain bloc d'activités de 4 heures
Durée: 2 min.

Session 2: 4 heures

10- Visionnement d'un vidéo: L'intervenante introduit un vidéo qui présente des témoignages de personnes vivant avec le sida, et qui abordent les points suivants: comment se sont passés la transmission, le test anti-VIH, le conselling pré-postest, l'évolution de la maladie, les traitements, son vécu, ses besoins, ce que la personne éprouve maintenant et ce qu'elle a éprouvé, les réactions de son entourage, sa vision de la mort. Elle demande aux participants-es de noter leurs réactions et commentaires face aux aspects qui les frappent. Elle met l'appareil en marche et les participants-es écoutent et regardent le vidéo.

Durée: 50 minutes
Ressource: - Vidéo présentant des témoignages de personnes vivant avec le sida*
- Unité de visionnement
Contenu: 2.4,2.5, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5.1
Objectifs: 1.1, 1.2, 3.2, 3.3

* extraits du film: ONF (1992). *Désir mortel.* Montréal.

11- Exposé informel avec animation-discussion: L'animatrice demande aux participants-es d'exprimer leurs commentaires et réactions sur ce qu'ils viennent d'entendre, de faire le point sur leurs réactions à l'égard des personnes atteintes. L'animatrice reformule et fait des reflets au besoin. Elle reprend aussi les éléments de contenu qui s'appliquent à l'ensemble des personnes vivant avec le sida et à leur entourage. Les participants-es écoutent et ceux qui le veulent s'expriment à tour de rôle.

Durée: 25 minutes dans un groupe, 30 min. dans l'autre
Ressource: Aucune
Contenu: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 9.1
Objectifs: 1.1, 1.2, 3.2, 3.3

12- Exposé à l'aide d'acétates: L'animatrice distribue à chacun des feuilles-synthèse qui illustrent les comportements qui servent de voies de transmission à l'infection au VIH et aux MTS en général. En se servant d'acétates qui exposent ces mêmes illustrations, l'animatrice décrit les comportements à risque. Les intervenants-es regardent et écoutent. S'ils le désirent, ils posent leurs questions et l'animatrice y répond.

Durée: 20 min. dans un groupe, 10 min. dans l'autre
Ressource: - acétates illustrant les comportements risqués
- rétroprojecteur
- feuilles-synthèse illustrant les acétates et distribuées à chacun et chacune
Contenu: 2.2, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.2

13- Atelier: L'animatrice demande au groupe (plutôt qu'en équipes) de chercher à établir trois définitions les plus précises possible et les plus englobantes possible de la notion de" risque perçu de contracter la maladie" : la première représente la notion que possèdent les jeunes, la deuxième représente la notion que possèdent leurs parents et la troisième, celle que possèdent les participants-es à titre d'intervenants-jeunesse. L'animatrice inscrit ces définitions sur une feuille d'animation. Les participants-es s'exécutent.

Durée: 5 min.
Ressource: 4 feuilles 36x24 po, 4 stylos feutres
Contenu: 1.3, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.4

14- Plénière: L'animatrice demandede lire les définitions présentées. L'animatrice fait des reformulations au besoin ou pose des questions de précision. Elle indique aux participants-es qu'ils peuvent eux aussi poser des questions d'éclaircissement.

Durée: 20 min. dans un groupe, 45 min. dans l'autre (en incluant l'activité 15)
Ressource: feuilles d'animation de l'activité 13
Contenu: 1.3, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.4

Pause: 25 minutes

15- Exposé: L'animatrice indique aux participants-es les points communs et les différences avec les notions des jeunes et les leurs, ensuite entre les notions des parents puis entre les notions des intervenants-es. L'animatrice indique aussi les différences entre la notion des jeunes et celles des parents et des intervenants-es. Elle indique également ce que cela implique pour l'intervention en prévention du sida et des MTS auprès de la jeunesse et mentionne les déterminants inhibant les comportements préventifs (fait à l'activité 16 plutôt qu'à celle-ci). Les participants-es écoutent.

Durée: 5 min. dans un groupe; dans l'autre, cette activité a été intégrée à l'activité 14
Ressource: feuilles d'animation de l'activité 12
Contenu: 1.3, 5.2, 7.1, 7.3
Objectifs: 1.1, 1.4, 2.4, 3.2

16- Exposé: L'animatrice distribue un résumé écrit provenant des données d'enquêtes québécoises sur les caractéristiques des jeunes: valeurs, attitudes face à la prévention du sida et des MTS, connaissances, comportements à risque d'infection. Elle en résume l'essentiel en se servant d'acétates. Les participants-es regardent et écoutent. Ajout: les déterminants inhibant les comportements préventifs (cf activité 15)

Durée: 30 min. dans un groupe et 20 min. dans l'autre
Ressource: - acétates résumant les données d'enquête
- Résumés écrits des données d'enquête et références
Contenu: 1.3, 7.1
Objectif: 1.4

17- Animation: L'animatrice demande aux participants-es de dire quels sont les aspects de cette description qui reflètent ou ne reflètent pas leur clientèle respective de jeunes. Elle leur demande aussi les implications de ces caractéristiques sur l'intervention en prévention auprès des jeunes. Les participants-es qui le veulent font leurs commentaires.

Durée: 15 min.
Ressource: résumés écrits de données d'enquête de diverses recherches récentes
Contenu: 1.3, 5.2
Objectif: 1.4, 3.3

18- Exposé: En se servant d'acétates, l'animatrice présente un résumé de la description des mesures préventives contre le sida et les autres MTS et attire l'attention sur les comportements sexuels. Elle distribue le résumé écrit aux participants-es. Ces derniers écoutent.

Durée: 15 min. dans un groupe, 10 min. dans l'autre
Ressource: - résumés écrits des comportements préventifs
- acétates et rétroprojecteur
Contenu: 7.2, 7.2.1
Objectif: 1.3

19- Démonstration: L'animatrice annonce le sujet du prochain atelier: l'utilisation du condom et la désinfection de seringues. L'animatrice explique et démontre la pose du condom et la désinfection de seringues. Les participants-es regardent et écoutent.

Durée: 10 min.
Ressource: - un condom, lubrifiant à l'eau, un modèle pénien
- 1 seringue, 1 contenant d'eau de Javel et 1 contenant d'eau
Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.2
Objectifs: 2.2

20- Exposé: L'animatrice explique les caractéristiques d'une bonne explication et d'une bonne démonstration. Elle distribue un résumé des recommandations à cet effet. Les participants-es écoutent.

Durée 10 min
Ressource: - résumé écrit sur le déroulement d'une explication et d'une démonstration fondé sur Brown (1980). Bien faire un cours, un exposé, une conférence.
Contenu: 8.2
Objectifs: 2.2

Activité 20 : omise par la formatrice

21- Démonstration-expérimentation: L'animatrice demande aux participants-es de se grouper en équipes de 2 personnes. Chaque équipe reçoit un ensemble composé de condoms, d'un modèle de pénis artificiel, de lubrifiant à l'eau, de seringues avec aiguilles et de petites bouteilles d'eau de Javel et d'eau. L'animatrice demande que l'équipe prenne d'abord environ 5 minutes pour se préparer à l'explication et à la démonstration de la pose du condom et de la désinfection de seringues. Elle demande qu'ensuite, chacun des membres de l'équipe fasse pendant 10 minutes chacun, l'explication et la démonstration de la pose du condom sur le modèle de pénis et de la désinfection de seringues. Elle demande également au membre de l'équipe qui observe pendant ce temps, de prendre le rôle d'un jeune à qui s'adresse la démonstration et de prendre part à celle-ci à ce titre. L'animatrice indique aussi que les observateurs commentent la démonstration et l'explication données par son co-équipier ou sa co-équipière. Les participants-es s'exécutent.

Durée: 20 min. dans un groupe, et 25 dans l'autre
Ressource:- 1 condom par participant-e, l'ensemble étant de marques de couleurs différentes
- 1 modèle de pénis artificiel par équipe
- 1 lubrifiant par équipe
- 1 seringue avec aiguille par équipe
- 1 petit contenant d'eau de Javel par équipe
- 1 petit contenant d'eau par équipe
Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.1, 8.3, 8.4
Objectifs: 2.2

22- L'animatrice demande deux volontaires pour faire la démonstration et l'explication "parfaites", l'un pour le condom et l'autre, pour la désinfection de seringues. Les deux volontaires (l'animatrice assigne deux personnes en l'absence de volontaires) expliquent et démontrent à tour de rôle la pose du condom et la désinfection de seringues. L'animatrice demande aux participants-es de conseiller au besoin les deux volontaires et voit à rectifier la démonstration ou l'explication si nécessaire. Les autres participants-es écoutent, regardent et interviennent au besoin

Durée: 10 min.
Ressource: - un condom, lubrifiant à l'eau, un modèle pénien
- 1 seringue, 1 contenant d'eau de Javel et 1 contenant d'eau
Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.2
Objectifs: 2.2

Activité 22 : omise par la formatrice

L'animatrice annonce le contenu de la prochaine session: 2 minutes

---

Session 3: 3 heures + postest

23- Exposé: L'intervenante présente divers guides d'activités ou programmes employés en prévention. En recourant à des acétates présentant des exemples des activités suggérées par ces documents, elle expose un résumé des stratégies appliquées dans cette documentation. Elle attire l'attention sur les ressources offertes aux jeunes en matière de MTS-sida (ex. clinique MTS, lieu d'échanges de seringues) Les participants-es regardent et écoutent.

Durée : 40 min. dans un groupe et 50 min. dans l'autre
Ressource: - Partie complémentaire au volet Éducation à la sexualité, sur le sida, du Programme scolaire de Formation Personnelle et Sociale
- 5 différents guides d'activités produits au Québec pour la prévention du sida et des MTS chez les jeunes
- acétates résumant les stratégies
- résumés écrits avec les références, des stratégies et types d'activités proposés
Contenu: 7.4, 8.1, 8.3, 8.4
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.5

24- Atelier d'exploration de ressources et de création d'activités: L'animatrice demande aux participants-es de constituer 4 équipes. Elle leur demande de préparer, pendant 35 minutes, en équipe, une activité éducationnelle de prévention sida-MTS qu'ils n'ont encore jamais faite, qu'ils choisissent parmi celles qui sont suggérées dans les documents présentés à l'activité 23 ou qu'ils créent en s'en inspirant. L'animatrice indique aussi qu'ils feront avec le groupe un extrait de 10 minutes provenant de cette activité. L'un des membres de l'équipe agira comme intervenant-e et tout le reste du groupe ou un membre du groupe emprunteront le rôle des jeunes ou du jeune impliqués par cette activité. L'animatrice leur indique qu'ils disposent de certains matériaux: acétates, affiches, documentation de leur pochette, feuilles-support des guides d'activités, condoms et modèles péniens, seringues, etc. Elle indique aux participants-es que les équipes devront travailler à partir de guides d'activités différents de sorte qu'un éventail soit présenté à tous et toutes lors des mises en situation qui auront lieu devant le groupe. Elle demande aux participants-es s'ils ont des questions et y répond le cas échéant. Les participants-es se regroupent et font l'atelier.

Durée: 30 min. dans un groupe et 35 dans l'autre
Ressources: - un guide d'activités éducationnelles par équipe
- Des acétates provenant de ces guides
- Des cartons, papiers, stylos-feutres
- Condoms, lubrifiant, seringues, etc.
Contenu: 8.1, 8.3, 8.4, 9.6
Objectifs: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5

PAUSE: 20 min. dans un groupe et 10 min. dans l'autre.

25-A) Mises en situation: L'animatrice demande que 2 équipes présentent à tour de rôle un extrait de 10 minutes d'activités éducationnelles; les autres prennent le rôle des jeunes visés. Elle demande aussi de prendre des notes sur les points à améliorer ou sur les idées d'intervention que cela leur donne. Les équipes font les activités à tour de rôle

Durée: 25 min. dans un groupe et 15 min. dans l'autre
Ressource: même que pour l'activité 24
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1 à 2.5

26- A) Exposé informel et animation-discussion: L'intervenante demande aux participants-es de commenter les deux activités éducationnelles qui ont eu lieu. Elle fait elle aussi ses commentaires.

Durée: 10 min. dans un groupe et 15 min. dans l'autre
Ressource: aucune
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.4, 2.5

25-B) Suite des mises en situation: L'animatrice demande que les 2 autres équipes présentent à tour de rôle un

extrait de 10 minutes d'activités éducationnelles et que les autres prennent le rôle des jeunes visés. Elle demande aussi de prendre des notes sur les points à améliorer ou sur les idées d'intervention que cela leur donne. Les équipes font les activités à tour de rôle

Durée: 25 min. dans un groupe et 20 min. dans l'autre
Ressource: même que pour l'activité 24
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5

26-B) Suite de l'exposé informel avec animation-discussion: L'intervenante demande aux participants-es de commenter les deux activités éducationnelles qui ont eu lieu. Elle fait elle aussi ses commentaires.

Durée: 10 min. dans un groupe et 20 min. dans l'autre
Ressource: aucune
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.4, 2.5

Pause: 10 minutes: (prise auparavant)

27- Discussion ouverte: L'animatrice installe au mur les feuilles d'animation qui ont été remplies à l'activité numéro 3. Elle demande aux participants-es de commenter ce qui a été abordé dans ce programme en le comparant à ce qui est inscrit sur les feuilles ou à ce qu'eux-mêmes ou elles-mêmes constatent dans leur propre cas comme forces et limites. Les participants-es qui le veulent s'expriment. Au besoin, l'animatrice résume les points couverts par le programme en rapport avec ce qui est inscrit sur les feuilles d'animation et ajoute les points vus dans le programme mais qui ne figurent pas sur la liste de l'activité 3.

Durée: 20 min.
Fonction de l'activité: clôture
Ressources: feuilles d'animation remplies à l'activité 3

L'animatrice rappelle aux participants-es qu'ils recevront une attestation d'études non créditées de l'UQAM, que nous devrons les recontacter pour leur faire parvenir cette attestation et qu'il est de la plus haute importance pour la recherche que nous ayons leurs coordonnées à jour afin de les recontacter à l'automne 92 pour le post-postest. L'animatrice annonce qu'il y a l'évaluation. L'animatrice remercie les participants-es pour leur collaboration.

Fin de la formation

Postest (60 min.): Les participants-es répondent individuellement et par écrit au questionnaire d'évaluation. Départ au fur et à mesure qu'ils ont terminé.

Il faut donc constater, d'une part, que le déroulement du programme en action diffère très peu de ce qui était prévu dans le programme planifié présenté à l'annexe 4. Les divergences se trouvent essentiellement dans la durée de certaines activités. D'autre part, l'omission de certaines d'entre elles par la formatrice est justifiée par ses constatations: les participants semblaient avoir atteint les objectifs visés lors d'une activité précédente et le temps manquait. Enfin, la réalisation du programme s'est avérée sensiblement identique dans les deux sous-groupes, quoique l'un est apparu plus réticent à s'impliquer au départ, aux dires de la formatrice.

3. Le questionnaire administré en prétest, en postest et en post-postest

Les participants au programme ainsi que les membres du groupe témoin ont rempli leur questionaire du prétest lors de l'analyse de besoins. Le questionnaire est décrit en page 21.

Ce questionnaire a aussi été administré immédiatement après la formation, en postest. Toutefois, les parties du questionnaire non pertinentes à l'évaluation *a posteriori* ont été retranchées lors du postest (par exemple, celles sur les attentes à l'égard d'un futur contenu ou des éventuelles stratégies de la formation). De plus, une section a été ajoutée au questionnaire administré en postest au groupe expérimental; elle portait sur la satisfaction immédiate envers la formation reçue. Enfin, la section portant sur les comportements d'intervention pendant le mois précédent a aussi été retirée du postest. La raison en est qu'au postest, le mois précédent était celui où la formation avait lieu (pendant trois semaines). Elle incitait directement les participants à faire des interventions auprès des jeunes, ce qui créait des circonstances particulièrement distinctes de celles qui prévalent habituellement chez les intervenants-jeunesse.

Le questionnaire du postest a été réadministré en post-postest, six mois plus tard, aux groupes expérimental et témoin. La section sur les comportements d'intervention a été réintroduite dans le questionnaire. Cependant, il ne comprenait évidemment pas la section sur la satisfaction immédiate envers le programme.

4. Résultats de l'évaluation du programme-modèle québécois

Les résultats considérés pour l'évaluation du programme-modèle ont été obtenus à partir des réponses de 12 participants et de 16 membres du groupe témoin. Ces résultats sont présentés ci-après en trois sections: la première décrit les résultats obtenus aux tests de connaissances et d'attitudes; la deuxième expose les résultats reliés aux comportements d'intervention; la troisième présente les résultats produits à l'aide de questions sur la satisfaction envers la formation reçue et grâce aux commentaires inscrits par les participants à la fin du questionnaire lors du postest.

4.1 Effets du programme-modèle québécois sur les connaissances et les attitudes

Le tableau 9 montre, sous les colonnes "Prétest" et "Postest", les résultats obtenus au questionnaire par le groupe expérimental et par le groupe témoin, et les résultats des tests t effectués pour comparer entre eux le groupe expérimental et le groupe témoin lors du prétest puis du postest. Les résultats des comparaisons entre les prétest et postest de ces deux groupes apparaissent sous "T-test pré/post".

Ces résultats montrent que le programme-modèle a eu, pour effet immédiat, d'augmenter les connaissances. En effet, les tests t comparant le postest au prétest du groupe expérimental laissent voir une amélioration significative des connaissances sur la transmission du VIH, sur le sida (questionnaire de King et al. et connaissances générales sur le sida) et sur la sexualité.

Dans l'ensemble, les connaissances sur le sida se sont améliorées. Il reste que ces résultats ne se sont pas manifestés pour les questions prélevées dans le questionnaire de Dupras et al. Ceci s'explique cependant par le fait que le résultat du groupe expérimental en prétest était déjà relativement élevé dans le cas du test de Dupras et al. et ne pouvait que peu s'améliorer. La moyenne à ce test est quand même passée

Tableau 9: Connaissances et attitudes: résultats aux prétest, postest, post-postest pour l'évaluation du programme-modèle

	Prétest					Postest					T-test pré/post (sign. à p<0,05)		Post-postest					T-test post/post-post (sign.à p <0,05)	
	Gr. expérim.		Gr. témoin		T-test (sign. à p<0,05)	Gr. expérim.		Gr. témoin		T-test (sign. à p<0,05)	Gr. expérim.	Gr. témoin	Gr. expérim.		Gr. témoin		T-test (sign. à p<0,05)	Gr. expérim.	Gr. témoin
	Moy.(%)	éc.-t.	Moy.(%)	éc.t.		Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.				Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.			
Attitudes:																			
Sidaphobie (phobie tend vers 0)	57	7,3[1]	60	6,1[1]	non	61	8,7[1]	57	8,0[1]	non	non	non	62	7,3[1]	60	7,8[1]	non	non	non
Att. envers prévention (positive tend vers 100)	74	5,9[2]	75	6,2[2]	non	78	7,3[2]	78	7,3[2]	non	non	non	78	5,8[2]	78	8,1[2]	non	non	non
Stress face au travail dans le domaine du sida (stressé tend vers 100)	36	1,6[3]	33	1,4[3]	non	31	1,4[3]	28	1,0[3]	oui	non	non	35	1,0[3]	31	1,1[3]	non	non	non
Att. envers personnes atteintes (positive tend vers 100)	100	0	100	0	---	100	0	100	0	(0,02) ---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Homophobie (phobie tend vers 0)	76	5,4[4]	85	4,3[4]	non	84	3,5[4]	84	4,1[4]	non	non	non	81	4,8[4]	85	4,7[4]	non	non	non
Att. envers sexualité (positive tend vers 100)	67	1,0[5]	69	1,2[5]	non	71	0,8[5]	67	1,1[5]	non	non	non	70	0,6[5]	67	1,1[5]	non	non	non
Connaissances:																			
Transmission du VIH (OMS et autres)	82	8,0	86	7,4	non	88	5,7	82	10,3	oui (0,04)	oui (0,02)	non	89	4,8	84	12,8	non	non	non
Conn. générales I (Dupras et al.)	88	11,4	87	9,7	non	93	7,3	86	9,2	oui (0,02)	non	non	91	12,4	89	8,6	non	non	non
Conn. générales II (King et al.)	74	15,1	77	18,7	non	85	10,3	79	19,4	non	oui (0,02)	non	88	8,1	78	16,7	oui (0,03)	non	non
(Total des conn. du sida)	81	5,2	83	10,1	non	88	5,9	82	10,8	oui (0,00)	oui (0,00)	non	89	---	84	---	---	---	---
Sexualité	58	11,3	62	12,4	non	68	13,6	62	11,8	non	oui (0,03)	non	64	12,0	60	9,8	non	non	non

1. sur l'échelle initiale de 56
2. sur l'échelle initiale de 80
3. sur l'échelle initiale de 20
4. sur l'échelle initiale de 28
5. sur l'échelle initiale de 7

de 88% en prétest à 93% en postest, mais cette différence n'est pas apparue suffisante pour être sensible au test t.

Ces résultats sont généralement corroborés par les comparaisons avec le groupe témoin. Le tableau 9 permet de constater que les groupes expérimental et témoin ne présentaient pas, au départ, de différences significatives entre eux quant aux variables mesurées (voir sous "Prétest", colonne "T-test"). Par contre, les tests t du postest (voir sous "Postest", colonne "T-test") révèlent que les résultats du groupe expérimental, pour les connaissances sur la transmission du VIH, pour celles sur le sida mesurées par les questions de Dupras et al. et pour l'ensemble des connaissances générales sur le sida, diffèrent significativement des résultats du groupe témoin et ce, en faveur du groupe expérimental.

Même si les tests t du groupe expérimental ont montré une amélioration des connaissances sur le sida telles que mesurées par les questions de King et al., sur la transmission du VIH et sur la sexualité, le test t comparant le groupe expérimental au groupe témoin lors du postest pour ces variables n'a pas révélé de différences significatives entre les deux groupes. Or, la moyenne du groupe témoin pour les questions de King et al. a légèrement augmenté, passant de 77% au prétest à 79% au postest. Cette augmentation est moindre que celle qui est apparue dans le groupe expérimental, la moyenne de ce dernier passant de 74% à 85%. Quant aux connaissances sur la sexualité, par ailleurs, la moyenne du groupe témoin est restée stable, mais était déjà, en prétest, légèrement plus élevée que celle du groupe expérimental. En postest, la moyenne du groupe témoin demeure aussi relativement plus faible que celle du groupe expérimental. Dans le cas des connaissances sur la transmission du VIH, le groupe témoin accuse une baisse dans ses résultats du postest comparés à ceux du prétest, passant de 86% à 82%, ce qui contribue à créer la différence observée dans la comparaison entre les groupes expérimental et témoin en postest. La moyenne du groupe expérimental a augmenté en postest, comparée au prétest (passant de 82% à 88%).

Enfin, tel que mentionné pour l'analyse de besoins à l'échelle provinciale, les résultats de la section du questionnaire sur les attitudes envers les personnes atteintes de sida n'ont pas pu être pris en considération. Cette section apparaît avoir une désirabilité sociale tellement grande qu'elle incite tous les répondants à produire des réponses tout à fait favorables aux personnes atteintes de sida. Ces questions ne permettent pas de discriminer les degrés possibles de la manifestation de cette attitude.

Il se dégage de ces constatations une tendance suffisamment ferme pour confirmer l'effet positif du programme-modèle québécois sur les connaissances des intervenants-jeunesse dans le domaine de la prévention du sida auprès des jeunes. Par contre, le programme-modèle québécois n'exerce pas d'influence sur les attitudes mesurées ici, à savoir la sidaphobie, l'homophobie, l'attitude envers la prévention du sida, le stress face au travail d'intervention en prévention du sida et l'attitude envers la sexualité.

Les résultats présentés sous "T-test post/post-postest" au tableau 9 montrent, enfin, que les

améliorations constatées au postest ont persisté dans le temps. Ce tableau laisse également voir que les autres résultats sont demeurés stables après six mois. Le programme-modèle québécois a donc des effets positifs persistants sur les connaissances des intervenants-jeunesse, mais demeure sans effet probant sur les attitudes reliées au sida.

4.2 Effets du programme-modèle québécois sur les comportements d'intervention

La présentation du questionnaire (voir pages 21-22) laissait entendre qu'une de ses sections portait sur les comportements d'intervention. Les répondants devaient indiquer quelles étaient leurs interventions en donnant leurs fréquences au cours du dernier mois et sur quels sujets reliés au sida ils avaient informé les jeunes. La liste des sortes d'intervention et de sujets possibles leur était donnée avec des instructions qui leur permettaient aussi d'inscrire d'autres types d'intervention ou d'autres sujets qui ne se trouvaient pas dans les listes. De plus, cette section comprenait une série de questions portant sur leurs intentions de comportements d'intervention. Il s'agissait, alors, d'indiquer dans quelle mesure (pas du tout, peu, moyennement et beaucoup) ils escomptaient faire, auprès des jeunes, chacun des types d'intervention mentionnés.

Cette section du questionnaire figurait en prétest et en post-postest. Elle était abente du postest car le mois précédent était celui de la formation qui durait trois semaines, ce qui, tel que mentionné à la page 57, créait des conditions tout à fait inhabituelles pour la période de temps visée dans le cas des répondants qui avaient participé au programme comparés à ceux du groupe témoin. Les résultats obtenus pour évaluer les effets du programme-modèle sur les comportements d'intervention s'appuient donc sur la comparaison prétest et post-postest du groupe expérimental et du groupe témoin.

Le tableau 10 montre les fréquences de répondants qui, au cours du mois précédant la prise de données, disent n'avoir jamais fait ou avoir fait un certain nombre d'interventions. Les résultats du prétest et du post-postest du groupe expérimental, puis ceux du groupe témoin, sont indiqués en fonction des sortes d'interventions réalisées, du nombre de répondants qui disent les avoir faites et de la fréquence des interventions effectuées.

L'analyse et l'interprétation ont donné lieu à une transformation des données du tableau 10 afin de les rendre comparables pour la confrontation des résultats du prétest et du post-postest et des groupes témoin et expérimental. Cette transformation consistait simplement à rendre les fréquences de répondants proportionnelles sur une échelle de 10. Comme une formation d'intervenants vise à influencer à la hausse la fréquence des interventions et d'intervenants les faisant, les données retenues pour la poursuite des analyses sont celles qui indiquent la réalisation de la sorte d'intervention en cause.

Compte tenu du petit nombre de répondants, les analyses statistiques des groupes par sorte d'intervention ne pouvaient convenir comme méthode de comparaison. Par contre, la représentation graphique des données transformées a permis de faire les constatations nécessaires pour tirer des conclu-

Tableau 10: Sortes d'intervention réalisées dans le dernier mois en prévention du sida auprès des jeunes: prétest et post-postest

Sorte d'intervention reliée à la prévention du sida	Fréquence de répondants qui, pendant le mois dernier, l'ont faite...											
	Groupe expérimental (n=13)*						Groupe témoin					
	Prétest			Post-postest			Prétest(n=16)*			Post-postest(n=14)*		
	jamais	1-3 fois	+de 3	jamais	1-3 fois	+de 3	jamais	1-3 fois	+de 3	jamais	1-3 fois	+de 3
Informer, expliquer	5	6	0	3	9	0	8	7	0	3	10	0
Donner de la documentation	7	4	0	7	5	0	11	5	0	6	8	0
Converser, discuter	4	7	0	4	8	0	7	9	0	4	9	0
Écouter	6	5	0	7	5	0	9	7	0	6	5	0
Réconforter,rassurer	8	3	0	5	7	0	12	4	0	8	4	0
Référer le jeune à quelqu'un d'autre	7	3	0	7	4	0	13	3	0	10	2	0
Regarder avec le ou les jeunes ou montrer un film, des diapositives,des pancartes, etc.	9	2	0	10	2	0	11	5	0	8	4	0
Accompagner un,e jeune pour une visite de consultation ou de traitement	11	0	0	13	0	0	16	0	0	14	0	0
Donner un objet autre que la documentation (ex. condom)	8	3	0	8	5	0	15	1	0	11	3	0
Autres (ex.: témoignage de personnes atteintes)	11	0	0	11	2	0	16	0	0	14	0	0

* Quelques répondants n'ont pas inscrit de réponses à certaines questions; aussi, le total des fréquences distribuées présentées pour une même sorte d'intervention n'équivaut pas toujours au n (nombre de répondants) indiqué pour le prétest ou le post-postest.

sions valables sur les principales tendances observées. Aussi, les résultats sont présentés sous forme de graphique à la figure 3. Le maximum d'interventions effectuées étant inférieur à quatre (voir le tableau 10), les données transformées sont donc celles qui apparaissaient sous "1-3 fois". Les "sans réponse" n'ont pas été pris en compte dans les calculs.

Les courbes présentées à la figure 3 illustrent les données du groupe expérimental en prétest et en post-postest et celles du groupe témoin, quant aux sortes d'intervention effectuées par les répondants. En règle générale, les deux courbes du groupe témoin (prétest et post-postest) se comportent de manière semblable quant aux hausses et aux baisses affichées. Les deux courbes du groupe expérimental affichent la même tendance principale. Par contre, l'intervention numéro 5 occupe une position singulière, s'écartant de plus de 2 points, en post-postest, de la position initiale, en prétest, de ce type d'intervention. Cet écart ne s'est pas manifesté dans le cas du groupe témoin.

Les autres écarts qui séparent la courbe du post-postest du groupe expérimental de celle de son prétest sont moins évidents. Les observations du comportement des courbes et leur confrontation permettent toutefois de les analyser de manière à mettre en évidence les autres écarts possibles, posititifs, négatifs ou nuls, entre le post-postest et le prétest du groupe expérimental et entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Un écart d'au moins 2 (sur 10) a été retenu comme seuil d'acceptation pour obtenir les observations suivantes à l'aide de la figure 3.

i) Groupe expérimental:	post-post >pré	post-post<pré	post-post=pré
- sortes d'intervention:	1,5	---	2,3,4,6,7,8,9,10
ii) Post-postest:	gr. expér.>témoin	gr. expér.<témoin	gr. expér.=témoin
- sortes d'intervention:	5,6	---	1,2, 3,4,7 8,9,10
iii) Prétest:	gr. expér.>témoin	gr. expér.<témoin	gr. expér.=témoin
- sortes d'intervention:	9	---	1,2,3,4,5,6,7,8, 10
iv) Témoin:	post-post >pré	post-post<pré	post-post=pré
- sortes d'intervention:	1, 2	---	3,4,5,6,7,8,9,10

D'une part, ces observations confirment l'effet du programme-modèle québécois sur l'augmentation du comportement d'intervention numéro 5, qui consiste à réconforter et à rassurer les jeunes à l'égard du sida. En effet, cette augmentation ne s'est pas manifestée dans le cas du groupe témoin. De plus, à l'égard de ce type d'intervention, le groupe témoin était semblable en prétest et en post-postest et s'apparentait aussi au groupe expérimental en prétest.

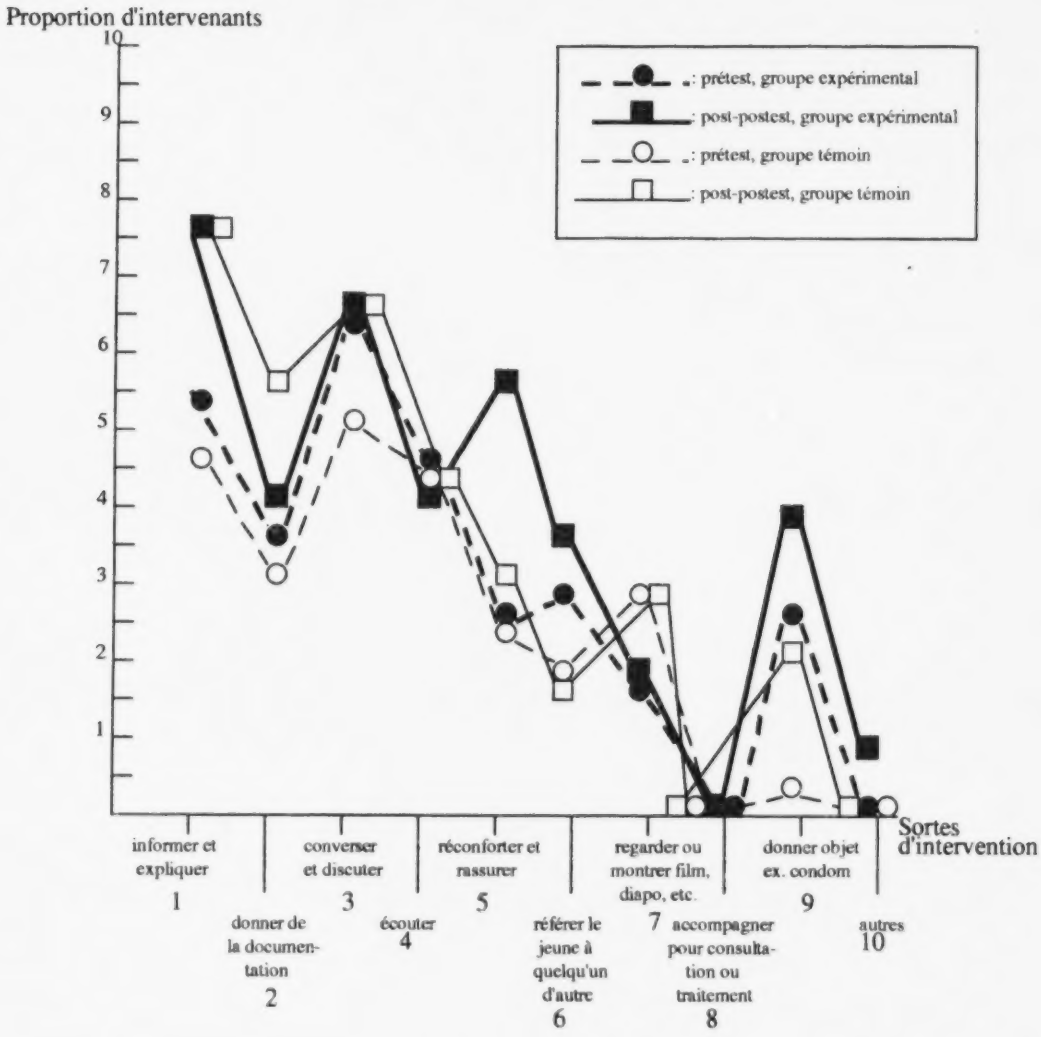


Figure 3: Effet de la formation sur les sortes d'intervention effectuées: groupes expérimental et témoin au prétest et au post-postest

D'autre part, même si l'intervention numéro 1 a augmenté entre le prétest et le post-postest du groupe expérimental, cela ne signifie pas que ce soit dû au programme de formation. En effet, le groupe témoin et le groupe expérimental ont tous deux affiché cette augmentation. Enfin, l'intervention numéro 6 s'est trouvée plus répandue en post-postest chez le groupe expérimental que chez le groupe témoin. Cependant, cette sorte d'intervention n'a pas augmenté en post-postest, comparé au prétest, du groupe expérimental.

Si les dires des répondants sont fidèles à leur réalité, la conclusion qui s'impose est la suivante. Le programme-modèle québécois a peu de retombées probantes sur les sortes d'intervention des intervenants-jeunesse en matière de prévention du sida. L'influence qu'il exerce est de propager, parmi les intervenants-jeunesse, l'utilisation des interventions qui consistent à rassurer et à réconforter les jeunes à l'égard du sida. Le programme fait passer la proportion d'intervenants qui pratiquent ce genre d'intervention, qui était un peu moins qu'un intervenant sur trois, à un peu plus qu'un intervenant sur deux, sans toutefois accroître sensiblement la fréquence de ces interventions par intervenant.

Une des facettes de l'intervention d'éducation en prévention du sida auprès des jeunes est le contenu d'information sur lequel elle porte. Aussi, le tableau 11 montre les sujets abordés par les répondants des groupes expérimental et témoin lorsqu'ils ont fait des interventions auprès des jeunes pendant le mois précédant la collecte de donnée pour le prétest et pour le post-postest. L'analyse et l'interprétation de ces données se sont effectuées selon les mêmes procédés que ceux appliqués dans le cas des résultats présentés précédemment sur les sortes d'intervention. Les résultats traitant des sujets abordés par les intervenants sont analysés et interprétés ci-après grâce aux observations des courbes présentées à la figure 4 qui illustre les données du tableau 11, mais transformées en proportions sur une échelle de 10 pour être comparables entre elles.

Selon l'illustration graphique, il semble, à première vue, qu'une plus grande proportion du groupe expérimental aborde les sujets 1, 3, 5, 7, 12, 13 et 14 en post-postest, après la formation, qu'en prétest, avant de l'avoir suivie. Les observations des différentes courbes permettent une analyse plus fine. Aux fins de l'analyse, le seuil d'acceptation pour l'écart entre deux points en ordonnée est demeuré à 2. Voici les analyses de résultats qui s'appuient sur les observations du graphique de la figure 4.

i) Groupe expérimental:	post-post >pré	post-post<pré	post-post=pré
- sujets abordés:	1, 3, 5, 7, *13*, *14*	---	2, 4, 6, 8, 9,10, 11, 12
ii) Post-postest:	gr. expér.>témoin	gr. expér.<témoin	gr. expér.=témoin
- sujets abordés:	1, 3, 4, 5,7	---	2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, *13*, *14*
iii) Prétest:	gr. expér.>témoin	gr. expér.<témoin	gr. expér.=témoin
- sujets abordés:	2, 10, 11	---	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12,*13*,*14*
iv) Témoin:	post-post >pré	post-post<pré	post-post=pré
- sujets abordés:	8	---	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, *13*,*14*

Tableau 11: Sujets abordés sur le sida, avec des jeunes, pendant le mois précédent: prétest et post-postest

	Fréquence de répondants qui ont informé un ou des jeunes sur le sujet...			
	Groupe expérimental (n=13)		Groupe témoin	
Sujet abordé	Prétest	Post-postest	Prétest (n=16)	Post-postest (n=14)
Symptômes du sida	3	7	3	4
Tests de dépistage du sida	5	6	2	4
Étapes de progression de la maladie chez une personne atteinte	1	6	1	2
Médicaments employés dans le traitement du sida	2	3	0	0
Services et ressources face au sida	2	7	2	2
Façon dont se transmet le virus du sida	5	7	7	7
Séro-positivité	4	7	2	4
Désinfection de seringues et aiguilles	3	2	1	4
Condom	6	7	8	8
Comportements sexuels sécuritaires	5	4	3	5
Comportements sexuels risqués	6	7	3	5
Drogues, médicaments et sexualité	3	5	3	3
Autres sujets				
- reliés au sida	2	5	1	3
- reliés à la sexualité	3	7	6	3

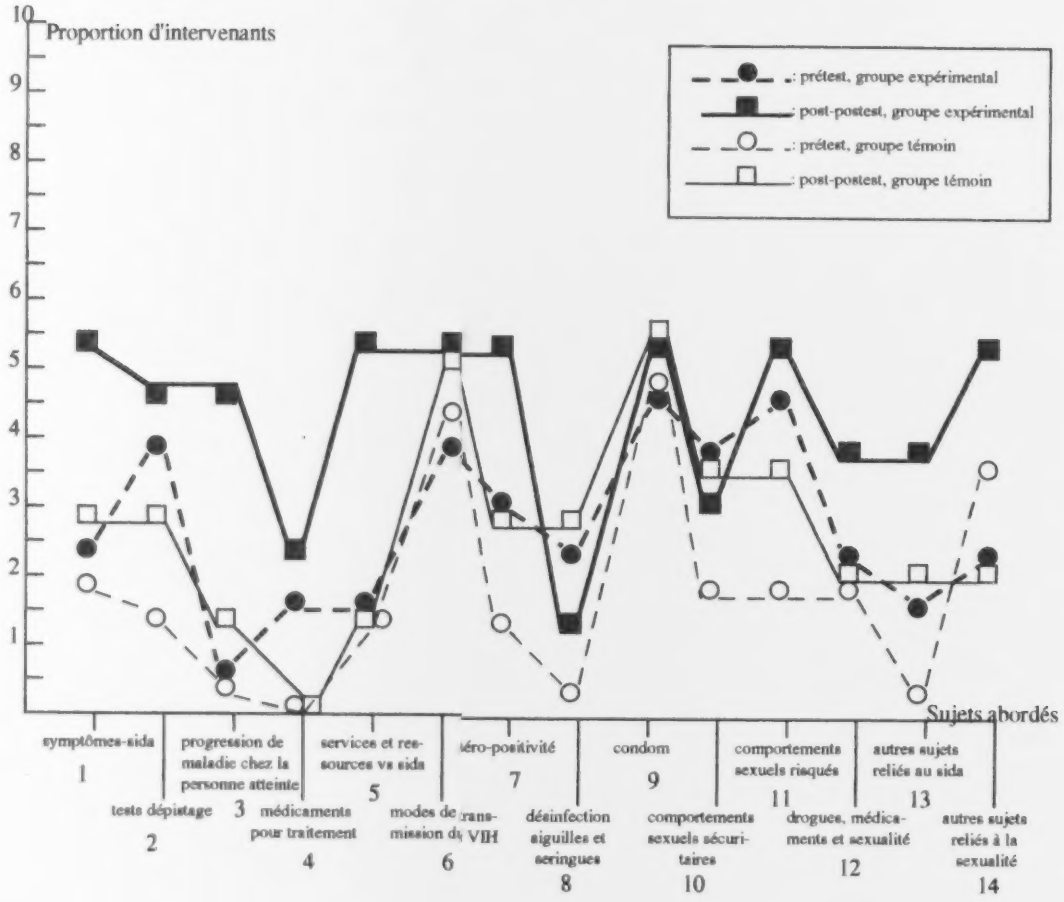


Figure 4: Effet de la formation sur les sujets abordés lors d'interventions: groupes expérimental et témoin au prétest et au post-postest

Ces observations permettent de confirmer que les sujets 1, 3, 5 et 7 sont abordés par une proportion plus grande d'intervenants grâce à la formation reçue. En effet, un écart est observable chez le groupe expérimental, dans le cas de ces quatre sujets, en faveur du post-postest et en faveur du groupe expérimental lorsqu'il est comparé au groupe témoin en post-postest. De plus, les résultats du groupe expérimental et du groupe témoin étaient semblables au prétest. Et enfin, les résultats du groupe témoin en post-postest sont demeurés semblables à ceux de son prétest.

L'influence positive de la formation s'exerce aussi sur la propension des participants à intégrer les sujets 13 et 14 à leurs interventions; mais cet effet est moins marqué que dans le cas des quatre sujets précédents. La proportion d'intervenants qui abordent ces sujets a en effet augmenté en post-postest comparé au prétest, tandis que le résultat du groupe expérimental et celui du groupe témoin ont tendance à se ressembler en post-postest à l'égard de ces sujets. Le résultat du groupe témoin en prétest a lui aussi tendance à se rapprocher de son post-postest, leur écart ne franchissant pas le seuil admis (écart minimum de 2). Étant donné la configuration générale de ces résultats, il est raisonnable de conclure à une certaine tendance du programme-modèle à influencer modérément les participants, de telle sorte qu'une plus grande proportion d'entre eux abordent les sujets 13 et 14 avec les jeunes. Ces sujets comprennent d'autres thématiques que celles présentées dans le questionnaire.

Parmi les observations effectuées à partir de la figure 4, il ressort aussi qu'en post-postest, le groupe expérimental est supérieur au groupe témoin pour le sujet numéro 4. Ce sujet n'est par ailleurs pas abordé par les intervenants du groupe témoin, tel que le montrent leur prétest et leur post-postest, tandis qu'il l'était dans le groupe expérimental en prétest. La proportion du groupe expérimental à aborder ce sujet n'a pas augmenté suffisamment en post-postest pour permettre d'affirmer qu'il y a eu un changement à ce niveau. Enfin, l'examen rapide du graphique de la figure 4 montrait la possibilité que la formation incite les participants à aborder le sujet 12 dans leurs interventions auprès des jeunes. Or, le seuil établi pour admettre un écart suffisant n'a pas été franchi par le groupe expérimental en post-postest, lorsque son résultat est compare avec celui de son pretest, et ceux du pretest et du postest du groupe-témoin. On ne peut donc pas conclure que ce sujet soit abordé par une plus grande proportion d'intervenants.

En s'appuyant sur les dires des intervenants interrogés, les résultats montrent donc que le programme-modèle québécois exerce une certaine influence sur les comportements d'intervention, en accroissant la proportion d'intervenants qui abordent certains sujets avec les jeunes. Ces sujets sont les suivants: les symptômes du sida, les étapes de progression de la maladie chez la personne atteinte, les services et ressources reliés au sida et à sa prévention, la séro-positivité et, dans une moindre mesure, d'autres sujets que ceux mentionnés dans le questionnaire, mais portant sur le sida ou sur la sexualité; par exemple: sida et relations familiales, sida et victime de viol, la contraception, la grossesse, l'avortement, l'inceste, le plaisir et la sexualité. Cette proportion passe d'un intervenant ou moins sur trois, à un intervenant et plus sur deux.

Ces résultats ne signifient pas, pour autant, que d'autres sujets, tels que le condom ou les comportements sexuels risqués, ne sont pas abordés par les intervenants ou qu'ils le sont moins. L'illustration graphique montre, au contraire, que ces sujets importants en prévention sont couverts par une grande proportion d'intervenants. Les résultats signifient plutôt que l'intégration de ces autres sujets d'information n'est pas influencée par la formation québécoise d'intervenants-jeunesse, telle qu'elle est représentée par le programme-modèle québécois.

Un des indicateurs des comportements humains est l'intention. Aussi, une série de questions ont été posées dans ce sens aux répondants en prétest et en post-postest. Partant de la liste des sortes d'intervention, les répondants devaient indiquer dans quelle mesure ils avaient l'intention de faire chacune d'entre elles. Les réponses possibles étaient "pas du tout", "peu", "moyennement", "beaucoup". Aux fins de l'analyse, la compilation des données a été faite en trois catégories: pas, peu ou moyennement et beaucoup. Le tableau 12 présente la distribution des fréquences de répondants en fonction de leur appartenance au groupe témoin ou expérimental, selon qu'il s'agissait du prétest ou du post-postest, et en fonction des sortes d'intervention désignées. Les données ont été transformées ici aussi, de manière à ramener les proportions d'intervenants sur une échelle de 10 (sans compter les "sans réponse") pour les rendre comparables. Les données ainsi transformées ont été transposées sous forme graphique. Comme ce fut le cas précédemment, les analyses sont axées sur les réponses positives, c'est-à-dire les sortes d'intervention que les répondants disent avoir l'intention de faire, puisqu'un programme de formation d'intervenants veut généralement contribuer à favoriser l'accroissement de telles intentions. Les figures 5 à 8 illustrent, par des graphiques, les données provenant du tableau 12, mais transformées. Le seuil d'acceptation a été fixé à 2 sur 10 pour admettre qu'un écart est observé entre deux points de l'ordonnée de chacun des graphiques qui sont analysés ci-dessous.

	post-post > pré	post-post < pré	post-post = pré
Gr. expérimental (fig.5):			
interv.: - peu ou moyenn.:	---	*3*, 4	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9
- beaucoup:	*3*, 4, 7	---	1, 2, 5, 6, 8, 9
Gr. témoin (fig.6):			
interv.:- peu ou moyenn.:	5	---	1, 2, *3*, 4, 6, 7, 8, 9
- beaucoup:	---	---	1, 2, *3*, 4, 5, 6, 7, 8, 9

	gr. expér. > tém.	gr. expér. < tém.	gr. expér.= tém
Post-postest (fig. 7):			
interv.: - peu ou moyenn.:	8	7	1, 2, *3*, 4, 5, 6, 9
- beaucoup:	4, 7	---	1, 2, *3*, 5, 6, 8, 9
Prétest (fig. 8):			
interv.: - peu ou moyenn.:	---	1	2, *3*, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- beaucoup:	---	---	1, 2, *3*, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Tableau 12: Intention de faire des interventions en prévention du sida auprès des jeunes: prétest et post-postest

Sorte d'intervention	Fréquence de répondants qui ont l'intention de le faire...											
	Groupe expérimental (n=13)*						Groupe témoin					
	Prétest			Post-postest			Prétest (n=16)*			Post-postest (n=14)*		
	pas	peu ou moyen-nement	beau-coup	pas	peu ou moyen-nement	beau-coup	pas	peu ou moyen-nement	beau-coup	pas	peu ou moyen-nement	beau-coup
Informer, expliquer	2	3	7	0	5	8	0	9	6	1	6	7
Donner de la documentation	3	5	4	2	6	5	0	9	6	1	6	7
Converser, discuter	0	7	5	0	4	9	1	7	5	1	6	7
Écouter	1	7	5	0	4	9	1	7	6	1	6	6
Réconforter,rassurer	3	4	5	0	6	7	2	5	6	1	8	4
Référer le jeune à quelqu'un d'autre	3	4	5	1	6	6	3	5	6	2	6	5
Regarder avec le ou les jeunes ou montrer un film, des diapositives,des pancartes, etc.	3	7	1	2	7	4	2	8	3	2	10	1
Accompagner un,e jeune pour une visite de consultation ou de traitement	4	7	1	3	7	2	7	5	1	6	3	3
Donner un objet autre que la documentation (ex. condom)	3	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4

* Aucune donnée manquante puisque tous les répondants ont répondu à toutes les questions de cette section.

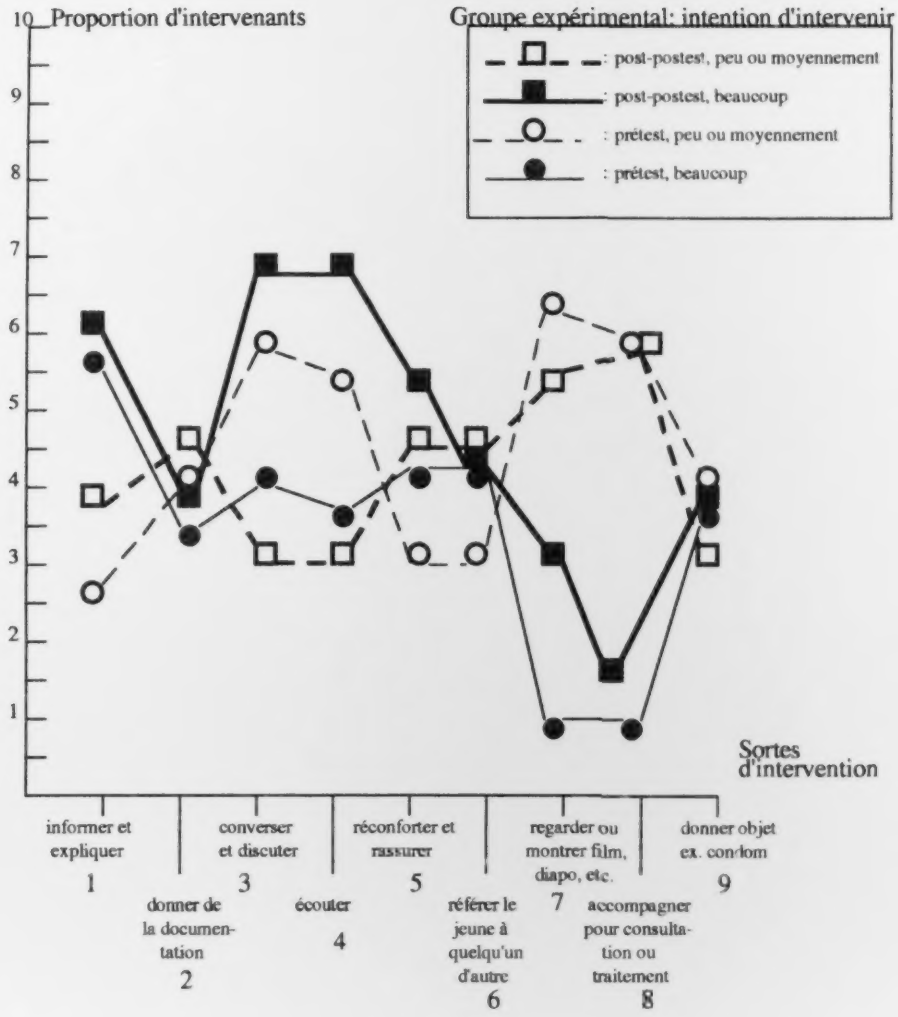


Figure 5: Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupe expérimental au prétest et au post-postest

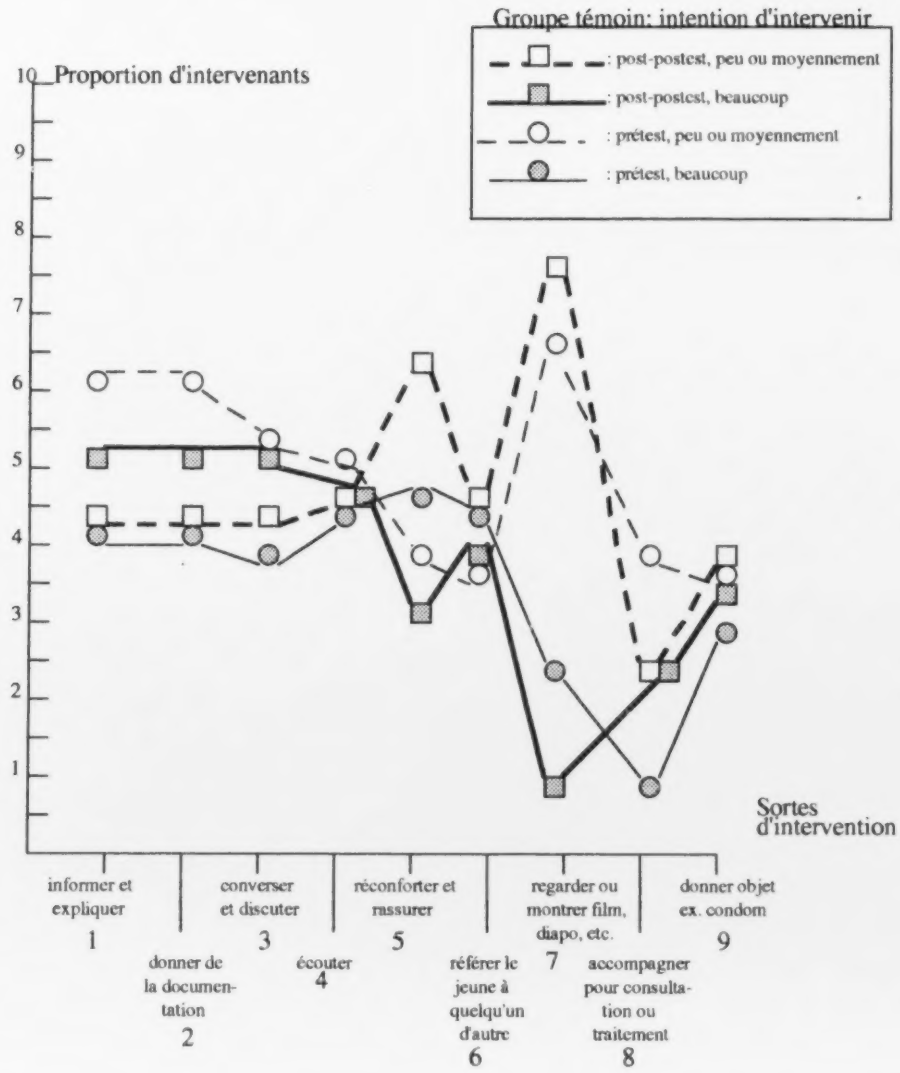


Figure 6: Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupe témoin au prétest et au post-postest

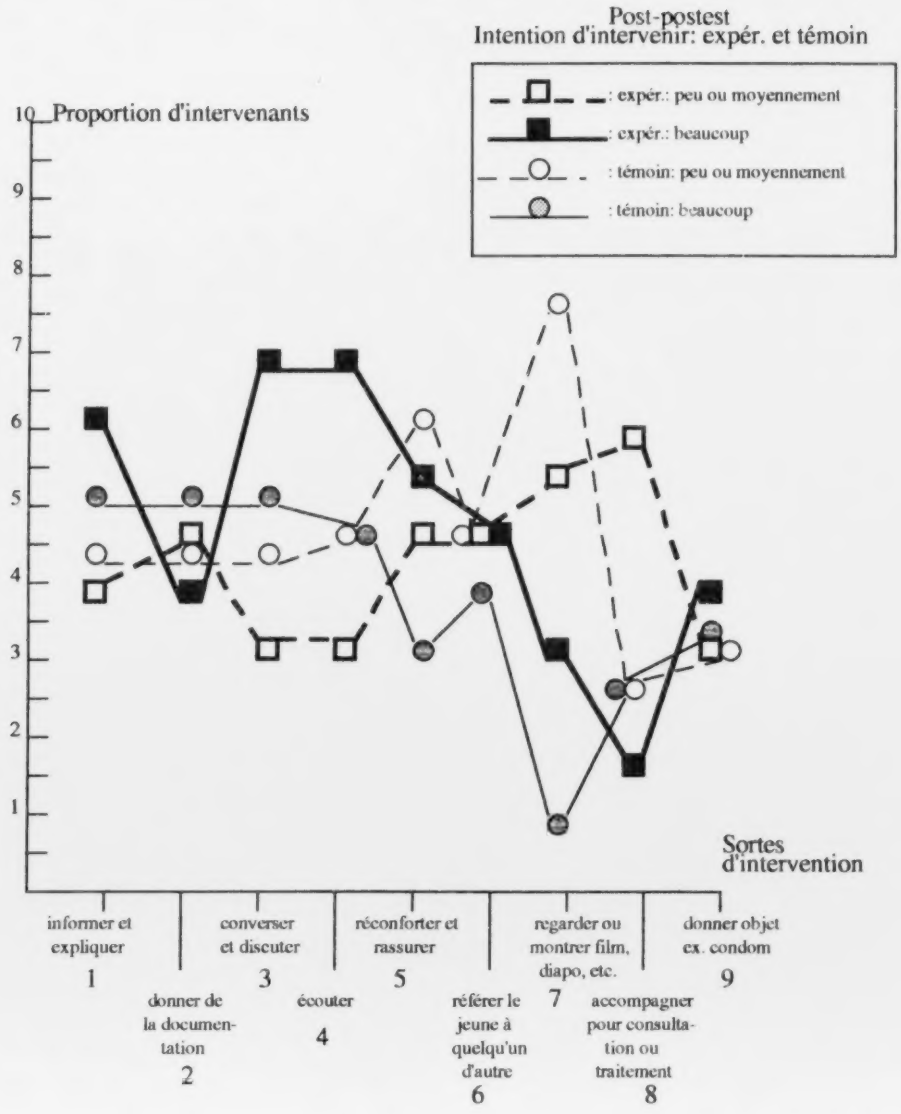


Figure 7: Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupes expérimental et témoin au post-postest

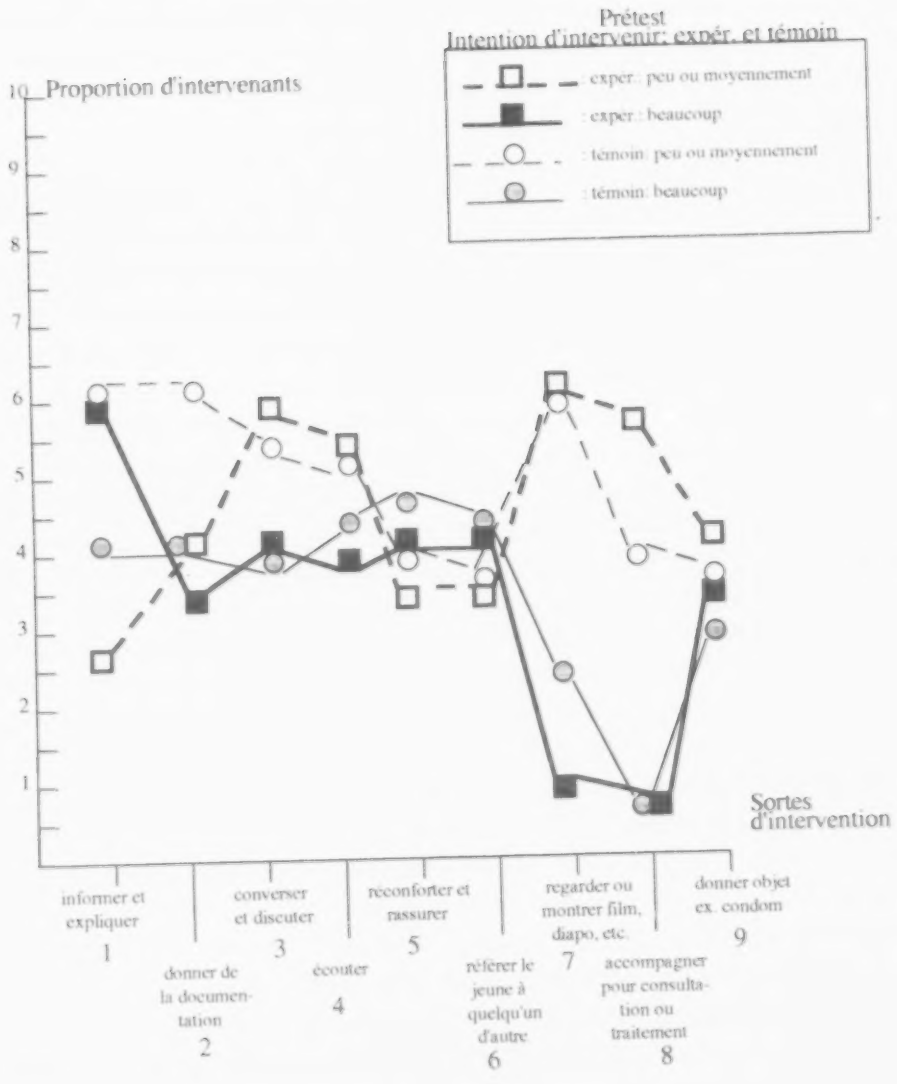


Figure 8: Effet de la formation sur les intentions d'intervenir: groupe expérimental et témoin au prétest

Les observations analysées plus haut font ressortir trois sortes d'intervention qu'une plus grande proportion d'intervenants ont l'intention d'appliquer. Cette intention est d'ailleurs plus intense. Ce sont les numéros 3, 4 et 7. Le cas le plus évident est celui de l'intention à l'égard de l'intervention numéro 4, les deux autres méritant quelques nuances qui seront exposées plus bas.

Dans le cas de l'intervention numéro 4, les intentions plutôt modérées (réponses "peu ou moyennement") sont devenues plus fermes (passant à "beaucoup") et se sont répandues parmi une plus grande proportion d'intervenants entre le prétest et le post-postest du groupe expérimental (figure 5). Le résultat du groupe expérimental à cet effet (réponses "beaucoup") supplante celui du groupe témoin (figure 7). C'est en conséquence de ce double accroissement que la proportion des réponses "peu ou moyennement" du groupe expérimental a été, en post-postest ramenée au niveau de celle du groupe témoin (figure 7). De plus, au prétest, il n'y avait pas d'écart probant entre le groupe expérimental et le groupe témoin, autant pour la proportion de réponses "peu ou moyennement" que pour celle des réponses "beaucoup" (figure 8). En outre, le résultat du groupe témoin au post-postest est resté semblable à celui du prétest (figure 6). Ces résultats permettent de conclure que le programme-modèle a accrû la force de l'intention à l'égard de l'intervention numéro 4, soit celle d'écouter le ou les jeunes à propos du sida et de sa prévention, ainsi que la proportion d'intervenants qui affichent cette intention.

À peu de choses près, une conclusion semblable peut s'appliquer au comportement d'intervention numéro 3. Comme dans le cas précédent, les intentions plutôt modérées sont devenues plus fermes, passant de "peu ou moyennement" à "beaucoup" (figure 5). En post-postest, par conséquent, la proportion de réponses "peu ou moyennement" du groupe expérimental est proche de celle du groupe témoin (figure 7). Cependant, la proportion de réponses "beaucoup" du post-postest du groupe expérimental est restée proche de celle du groupe témoin et, bien qu'elle soit à proximité du seuil d'acceptation des écarts, elle demeure inférieure à ce seuil (figure 7). Toutefois, ces intentions plus fermes (réponses "beaucoup") sont davantage répandues parmi les intervenants du groupe expérimental en post-postest qu'en prétest (figure 5). Enfin, les proportions respectives des deux catégories de réponses demeurent semblables dans le prétest et le post-postest du groupe témoin (figure 6). Il n'y avait pas non plus, dans le prétest, d'écart probant entre le groupe expérimental et le groupe témoin, pour ni l'une ni l'autre des deux proportions de réponses (figure 8). Ces résultats tendent à conclure que le programme-modèle contribue à augmenter la force de l'intention vis-à-vis l'intervention numéro 3, soit converser et discuter avec les jeunes à propos du sida et de la prévention, et à accroître la proportion d'intervenants qui disent partager cette intention.

Le raffermissement de l'intention s'est également manifesté vis-à-vis du comportement d'intervention numéro 7, par l'augmentation de la proportion de réponses "beaucoup" lors du post-postest du groupe expérimental comparé à son prétest (figure 5). La proportion de réponses "peu ou moyennement" du post-postest est demeurée relativement semblable à celle du prétest du groupe expérimental (figure 5). Dans le post-postest, par conséquent, la proportion de cette catégorie de réponses dans le groupe expérimental est

inférieure à celle du groupe témoin; en contre-partie, la proportion de réponses "beaucoup" du groupe expérimental rééquilibre la situation, puisque cette proportion est supérieure à celle du groupe témoin (figure 7). Enfin, dans le groupe témoin, il n'y a pas d'écart suffisamment probant pour conclure à une différence entre le prétest et le post-postest respectivement pour chacune des catégories de réponses (figure 6). Il faut donc conclure à l'influence du programme-modèle sur l'accroissement de la fermeté de l'intention à l'égard du comportement d'intervention numéro 7 et sur l'augmentation de la proportion d'intervenants qui la manifestent. L'intervention en cause est la suivante: regarder avec le ou les jeunes ou leur montrer un film, un vidéo, des diapositives, des pancartes, etc. sur le sida ou sa prévention.

Le programme-modèle québécois agit donc sur certaines intentions à l'égard des comportements d'intervention futurs auprès des jeunes, en renforcissant ces intentions et en les répandant davantage parmi les intervenants-jeunesse participant à la formation. Ces intentions sont dirigées vers l'écoute des jeunes, la conversation ou la discussion avec eux et la présentation, à ces jeunes, de documents audio-visuels sur le sujet.

Or, les interventions visées par ces intentions ne concordent pas avec les comportements d'intervention influencés par le programme-modèle. Selon les résultats présentés auparavant, le programme-modèle s'est avéré avoir peu de retombées directes sur les comportements d'intervention des intervenants-jeunesse en matière de prévention du sida auprès des jeunes. L'influence exercée à cet effet par ce programme se limite à accroître la proportion d'intervenants qui rassurent ou réconfortent les jeunes.

Par contre, il est logique que l'effet du programme-modèle (constaté précédemment) sur les sujets effectivement abordés par les intervenants avec des jeunes s'accompagne d'une influence positive sur les intentions à l'égard de l'écoute des jeunes, de la conversation ou la discussion avec eux et de la présentation, à ces jeunes, de documents audio-visuels sur le sujet. Rappelons que l'influence du programme-modèle québécois sur les sujets intégrés aux interventions des intervenants-jeunesse s'exerce sur l'accroissement de la proportion de ces derniers qui disent aborder les thématiques suivantes avec les jeunes: les symptômes du sida, les étapes de progression de la maladie chez la personne atteinte, les services et les ressources en regard du sida et de sa prévention, la séro-positivité et quelques autres sujets sur le sida et la sexualité. Les interventions qui sont l'objet des intentions qu'accroît le programme-modèle, sont des véhicules appropriés pour traiter de ces sujets avec des jeunes.

Ce n'est pas la première fois, et ce ne sera sans doute pas la dernière non plus, que l'univers des intentions ne rejoint pas le champ de l'action, même si elles ont été influencées positivement par une formation et même si certains comportements l'ont également été en parallèle. Il n'en demeure pas moins que, grâce au programme-modèle québécois de formation en prévention du sida auprès des jeunes, les intervenants-jeunesse ont pu développer certains aspects importants des comportements d'intervention souhaitables dans ce domaine.

4.3 Satifaction des participants envers le programme-modèle

En postest, le questionnaire comprenait une section portant sur la satisfaction des participants à l'égard du programme de formation qu'ils venaient de suivre. Une liste d'items leur était présentée à cette fin avec un espace pour qu'ils inscrivent leurs commentaires. Les modes de réponses aux questions étaient: pas du tout, un peu, moyennement et beaucoup. Les résultats obtenus sont présentés au tableau 13.

Les insatisfactions ne portent que sur une minorité d'aspects du programme-modèle. Quatre participants ou moins disent ne pas apprécier ou n'apprécier que peu, la sorte d'informations reçues et n'avoir que peu ou pas appris de choses nouvelles les concernant personnellement. Ils sont 70% ou moins qui considèrent avoir appris peu de choses nouvelles sur les jeunes, les aspects psychosociaux du sida, les types d'interventi en prévention du sida, la prévention et la promotion de la santé. Ils sont par ailleurs plus des trois quarts à dire avoir peu appris ou ne pas avoir appris, sur les autres MTS sur différents éléments sur le sida et la sexualité, non mentionnés dans le questionnaire et qui ne figuraient pas au programme prévu.

En contre-partie, au moins 10 participants sur 13, soit les trois quarts et plus, disent avoir moyennement ou beaucoup appris sur les façons d'intervenir en prévention du sida auprès des jeunes. De plus, selon les mêmes proportions, ils se disent moyennement ou beaucoup satisfaits des aspects suivants. D'abord, les informations reçues: les participants disent apprécier la quantité d'informations, la façon de les transmettre, l'utilité au travail des informations apprises et le degré de précision ou de généralité de ces informations. Ensuite, les participants se sont avérés satisfaits du déroulement de l'application du programme. Ils sont onze et plus (sur 13) à avoir apprécié les activités de formation, c'est-à-dire les activités elles-mêmes, leur quantité, leur durée, les exercices qu'ils ont faits, la proportion théorie-pratique, le matériel didactique employé (film, quantité de documentation reçue), l'atmosphère qui régnait, les interactions avec leurs pairs, la durée totale du programme et le lieu de la formation. De plus, tous et toutes ont moyennement ou beaucoup apprécié la formatrice, plus précisément sa façon de faire, son attitude, son niveau de langage, sa compétence et la relation établie avec elle.

Leur vision d'ensemble sur la formation reçue est la suivante. Ils sont plus des trois quarts à trouver que la formation les aide moyennement ou beaucoup dans leur travail en prévention du sida auprès des jeunes. Ils ont coté l'ensemble de la formation sur 10, ce qui produit une moyenne générale de 7,3 et montre leur satisfaction, mais relativement modérée, à l'endroit du programme. Tous et toutes disent qu'ils recommanderaient à quelqu'un d'autre de suivre ce programme de formation, mais trois d'entre eux notent certaines réserves.

Douze des 13 participants ont inscrit des commentaires dans le questionnaire. Les commentaires qui portent sur l'organisation logistique ou d'autres facettes non impliquées par le programme (repas, stationnement, etc.) ne seront pas pris en considération ici. Les autres commentaires

Tableau 13: Satisfaction des participants (n=13) vis-à-vis du programme-modèle québécois

Items	Fréquence des réponses		Items	Fréquence des réponses	
	pas du tout et peu	moyennement et beaucoup		pas du tout et peu	moyennement et beaucoup
1- Avez-vous appris des choses pour vous, à propos de...			12-Satisfaction envers la façon de faire de la formatrice	0	13
- informations générales sur le sida	4	9	13-Bonne attitude de la formatrice	0	13
- les jeunes (attitudes, valeurs, comportements)	7	5	14-Langage de formatrice convenait	0	13
- aspects biomédicaux du sida	4	9	15-Compétence de la formatrice	0	13
- aspects psychosocaux du sida	9	4	16-Bonne relation avec formatrice	0	13
- autres aspects du sida	12	1	17-Quantité de documentation	0	13
- types d'interventions en prévention du sida	5	8	18-Satisfaction envers le film	1	11 (1 abst.)
- autres MTS	10	3	19-Satisfaction envers exercices	1	12
- prévention-promotion de santé	5	8	20-Atmosphère satisfaisfaisant	0	11 (2 abst.)
- façons de faire les interventions	3	10	21-Satisfaction envers le local	1	11 (1 abst.)
- attitudes, valeurs, comportements, rôle des intervenants	4	9	22-Satisfaction envers les interactions avec autres participants	0	13
- différents sujets sur sexualité	10	3	23-Satisfaction envers la proportion théorie-pratique	2	11
2- Satisfaction envers la sorte d'informations	4	9	24-Formation aidante pour leur travail en prévention sida	2	11
3- Quantité suffisante d'informations	2	11			
4- Satisfaction envers la façon de transmettre ces informations	0	13			
5- Ont appris des choses nouvelles pour soi personnellement	5	8	25- Satisfaction générale, sur 10, envers la formation: 7,3		
6- Ont appris des choses utiles pour leur travail	2	11	26- Recommanderaient à d'autres de suivre la formation:		
7- Satisfaction envers le degré de précision ou de généralité de l'information transmise	0	13	- oui: 10 - oui, sous certaines réserves:3 - non:0		
8- Satisfaction envers les activités	1	12			
9- Nombre d'activités suffisant	2	11			
10-Durée satifaisante des activités	1	12			
11-Durée satisfaisante programme	2	11			

montrent, en général, la grande satisfaction exprimée par certains répondants et les désirs de certains autres; par exemple: voir augmenter le nombre de jeux de rôles dans les activités; recevoir plus d'explications sur le sida; aborder en détail la sexualité des jeunes et le développement sexuel; accroître la personnalisation ("toucher au point sensible de l'intervention, à la personne [de l'intervenant] dans ce qu'elle peut réellement faire au quotidien"); augmenter les cas concrets, les exercices sur les valeurs, les activités sur l'utilisation des guides d'activités disponibles et sur les techniques d'animation auprès des jeunes. Un des participants s'est dit amèrement déçu et frustré par la formation. Cet intervenant avait déjà suivi ou même dispensé plusieurs formations d'intervenants en prévention du sida et n'a pas apprécié se retrouver dans un programme adapté à des participants d'un niveau faible ou moyen dans leur maîtrise du domaine.

En règle générale, le programme-modèle de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida s'est avéré plutôt satisfaisant pour les participants. Toutefois, il semble apporter une satisfaction variable et mitigée quant à l'impression qu'il laisse d'avoir appris quelque chose de neuf sur les sujets couverts. Le programme-modèle québécois paraît pourtant, aux dires des participants, satisfaisant quant à ses stratégies de formation. Il est toutefois possible que ce programme convienne surtout aux intervenants qui connaissent peu le domaine.

5. Bilan de l'évaluation de la formation d'intervenants-jeunesse à la québécoise en prévention du sida

Le programme de formation qui a été appliqué et évalué ici, c'est-à-dire le programme en action, concordait presque totalement avec le programme prévu. Nous en avons démontré la concordance générale dans la section 2 de ce chapitre-ci (voir pages 49 à 56 et annexe 4). Comme il a aussi été établi précédemment (au chapitre V), ce programme-modèle représentait bien l'ensemble des programmes de formation d'intervenants-jeunesse du Québec en matière de prévention du sida. Ses objectifs, son contenu, ses stratégies et sa durée totale reflétaient fidèlement la formation dispensée à travers le territoire du Québec dans la première moitié des années quatre-vingt-dix. Et nous avons également montré que ce programme-modèle répondait bien aux besoins des intervenants-jeunesse québécois analysés lors d'une étape antérieure (voir chapitre IV et page 44). Nous avons, de plus, pu établir que les besoins de formation des intervenants-jeunesse québécois ne se distinguaient pas significativement de ceux des intervenants-jeunesse du territoire visé par l'expérimentation du programme-modèle, soit le nord de l'île de Montréal.

Ces informations permettent d'affirmer que les conclusions qui s'appliquent à l'évaluation du programme de formation expérimenté dans le cadre de cette recherche sont transférables à l'ensemble de la formation québécoise dispensée en prévention du sida auprès des jeunes. Les jugements qui seront portés ci-dessous sur le programme-modèle valent donc pour la formation québécoise.

La formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida agit favorablement sur les

connaissances de ces intervenants dans le domaine visé. Son influence est peu marquée sur les comportements d'intervention. Cette formation, toutefois, n'exerce pas d'influence sur les attitudes. Enfin, elle satisfait moyennement ceux et celles qui y participent.

L'effet de la formation se fait entre autres ressentir sur des intentions de comportements d'intervention. La formation accroît la force de certaines intentions et la proportion d'intervenants-jeunesse qui les affichent. Plus d'intervenants, après la formation qu'avant celle-ci, projettent en effet d'écouter les jeunes, de converser ou de discuter avec eux et de regarder avec eux des documents audio-visuels sur le sujet. Cependant, rares sont les retombées directes de la formation sur les comportements des intervenants-jeunesse; elles se manifestent par l'augmentation de la proportion d'entre eux qui réconfortent ou rassurent les jeunes et, à l'occasion de leurs interventions, qui couvrent les sujets suivants: la séro-positivité, les symptômes du sida, les étapes de progression de la maladie chez la personne atteinte, les services et ressources et quelques éléments divers reliés au sida et à la sexualité. D'autres sujets importants pour la prévention (comme le condom ou les comportements sexuels risqués) sont couverts par une bonne proportion d'intervenants sans que la formation n'y soit pour quelque chose. Cette formation satisfait pourtant ses participants, mais dans une mesure plutôt modérée.

La formation québécoise a ainsi tendance à se conformer à d'autres programmes de formation d'intervenants-jeunesse dans un domaine connexe, celui de l'éducation sexuelle, dont il a été question dans le cadre théorique (page 10). Rappelons que ces programmes réussissaient à accroître les connaissances et avaient un impact plutôt faible sur les attitudes. Les comportements d'intervention n'étaient généralement pas examinés lors de l'évaluation de ces programmes. Dans le domaine du sida, par ailleurs, d'autres programmes de formation d'intervenants, mais qui oeuvrent auprès d'adultes ou de personnes atteintes de sida, ont eu un impact positif plus considérable que le programme évalué ici. Mentionnons, par exemple, un programme québécois de 24 heures de formation d'intervenants en prévention du sida auprès des sans-abris[73] qui a influencé positivement non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes, comme la sidaphobie ou l'homophobie, et les comportements d'intervention en élargissant, pendant quelques mois, leur répertoire et la proportion d'intervenants qui les manifestent. Ceci donne à penser que, pour augmenter l'impact positif de la formation d'intervenants-jeunesse sur les attitudes et les comportements d'intervention, il faudrait accroître la durée totale de leur formation, même si la durée actuelle satisfait modérément les participants.

73. Gaudreau, L. (1991). Application et évaluation d'un programme de formation d'intervenants pour la prévention du sida, le cas d'intervenants auprès d'itinérants. Rapport de recherche. Montréal: Centre de Recherches L.G. Inc.

6. La formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida: jugements et recommandations

L'évaluation a montré que la formation québécoise suscite une satisfaction moyenne, influence positivement les connaissances et certains aspects reliés aux comportements d'intervention; mais elle modifie très peu les comportements d'intervention comme tels et pas du tout les attitudes envers la prévention du sida, l'homophobie, la sidaphobie, le niveau de stress face au travail dans le domaine de la prévention du sida et l'attitude envers la sexualité. Aussi, le jugement à porter est que la qualité de cette formation est relativement bonne, mais son efficacité peut-être qualifiée, au plus, de passable étant donné l'impact plutôt faible qui se manifeste sur les comportements d'intervention et, par conséquent, sur l'éducation et la prévention qui se font auprès de la jeunesse, par le biais de ces agents d'éducation que sont leurs intervenants. Cela est vraisemblablement le lot d'un certain nombre de formations dispensées ailleurs qu'au Québec, qui ne sont pas nécessairement évaluées, mais qui relèvent du domaine de la prévention du sida.

Pour accroître sa qualité et son efficacité, la formation québécoise d'intervenants-jeunesse y gagnerait probablement à augmenter sa durée et son calibre. Tel que constaté dans d'autres cas, une durée d'une vingtaine d'heures ou plus semble minimale pour que la formation puisse exercer une influence positive plus marquée sur les attitudes et les comportements d'intervention des intervenants dans le domaine du sida. L'accroissement de la durée pourrait permettre de réaliser les trois améliorations suivantes: ajouter des activités de jeux de rôles ou des exercices, explorer davantage les outils d'intervention disponibles au Québec et insérer des activités axées sur la pensée réflexive (objectivation et réflexion sur soi en action). Ceci pourrait amener les participants à activer leurs attitudes et les comportements d'intervention voulus.

Avec l'accroissement de la durée totale de la formation, l'augmentation du calibre pourrait se faire en ajoutant du contenu aux connaissances visées par le programme. Les contenus visés pourraient porter sur la sexualité des jeunes, sur les outils et les comportements d'intervention. Il s'agirait alors d'insérer dans le programme d'autres activités de transmission d'informations ou d'approfondissement et des explications plus poussées sur les sujets couverts.

Par conséquent, le jugement et les recommandations sur la formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida, sont les suivants:

Jugement:

- la formation est de bonne qualité; mais elle est peu efficace et, par conséquent, ne peut avoir que peu de retombées sur la prévention du sida chez les jeunes.

Recommandations:

- la durée de la formation devrait passer à une vingtaine d'heures au minimum;
- des activités pratiques devraient être ajoutées (exploration des outils d'intervention, jeux de rôles, exercices des comportements d'intervention);
- des activités de pensée réflexive devraient être insérées (retour sur l'action: "comment je m'y prends, pourquoi, qu'est-ce qui se passe en moi dans cette action", etc.);
- le contenu devrait être plus poussé et plus approfondi (par exemple sur la sexualité des jeunes, sur les comportements d'intervention, sur les outils d'intervention).

Il ne s'agit donc pas d'abandonner les programmes de formation existants au Québec. Ils constituent une bonne base. Le problème est que celle-ci reste insuffisante, car il y manque du temps, des éléments de connaissances plus approfondis et certaines activités de formation. Il faut donc enrichir ces programmes québécois de manière à accroître leur calibre et leur efficacité, si l'on veut vraiment qu'ils contribuent plus significativement à améliorer la situation qui prévaut chez les jeunes Québécois en matière de prévention du sida.

VII- L'impact de la formation suivie en prévention du sida: comparaison entre intervenants scolaires et non scolaires

Une partie de cette recherche permet de voir si l'impact de la formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida est semblable chez ceux du milieu scolaire et de milieux hors scolaires. Ce chapitre présente les résultats obtenus à cet égard.

Les explications sur la sélection des répondants, sur leurs caractéristiques et sur les différents aspects de la méthodologie employée pour faire les observations nécessaires ont été données auparavant au chapitre VI. Ce chapitre-ci ne les répétera pas. Il ne traitera essentiellement que les aspects directement reliés à la comparaison annoncée dans le groupe expérimental.

1. Les répondants, selon qu'ils sont intervenants scolaires ou hors scolaires

Les participants qui ont suivi la formation québécoise dispensée grâce au programme-modèle étaient sept intervenants scolaires et six intervenants non scolaires. Les intervenants scolaires comptaient cinq enseignants du programme scolaire de Formation personnelle et sociale surtout, ce programme couvrant, entre autres, l'éducation à la santé et l'éducation à la sexualité, et du programme scolaire de biologie. Deux autres intervenants scolaires ne faisaient pas partie du personnel enseignant comme tel. Leur lieu de travail était toutefois l'école (ex. animateur de pastorale), ce qui les amenait à faire des interventions collectives ou individuelles en milieu scolaire auprès des élèves, dans des domaines connexes ou directement rattachés à la prévention du sida. Les intervenants hors scolaires comptaient huit personnes qui travaillaient comme psychoéducateur, animateur ou intervenant communautaire et infirmière.

L'âge moyen des intervenants scolaires était de 39 ans et celui des hors scolaires, 36 ans et demie. Cinq femmes et deux hommes faisaient partie des intervenants scolaires; cinq femmes et un homme étaient intervenants hors scolaires.

La moyenne des années d'expérience au travail auprès des jeunes de 12 à 17 ans est de 7,3 ans chez les intervenants scolaires, allant de 1 à 25 ans. Quatre avaient au moins 5 années d'expérience de travail autre que l'enseignement auprès des 12-17 ans. Chez les intervenants hors scolaires, la moyenne d'années d'expérience de travail auprès des jeunes de 12 à 17 ans est de 8,8 ans, allant de 2 à 29 ans. Certains intervenants scolaires et non scolaires avaient aussi de l'expérience de travail auprès des jeunes de moins de 12 ans et de plus de 17 ans.

Des comparaisons entre les intervenants scolaires et hors scolaires ont été faites quant à l'âge moyen et à la moyenne des années d'expérience de travail auprès des jeunes de 12 à 17 ans. Ces variables ont été

examinées à l'aide de tableaux de contingence accompagnés de tests du chi carré et de diverses mesures d'association. Il n'est pas apparu de relations significatives (à $p < 0,05$) entre le fait d'appartenir à l'un ou l'autre de ces types d'intervenants et leur âge ou la durée moyenne de leur expérience de travail auprès des 12-17 ans.

2. Comparaison entre intervenants scolaires et hors scolaires, quant à l'impact de la formation québécoise sur leurs connaissances et leurs attitudes

Les résultats obtenus par les répondants scolaires et hors scolaires aux différents tests de connaissances et d'attitudes administrés en prétest, en postest et en post-postest sont présentés au tableau 14. Ce tableau montre aussi les résultats de la comparaison en prétest, en postest et en post-postest, entre intervenants scolaires et hors scolaires. Le test t ne pouvant pas convenir, vu le petit nombre de répondants dans chacun des groupes de répondants soumis à la comparaison, les analyses qui ont permis d'établir les comparaisons ont été effectuées à l'aide de tableaux de contingence accompagnés de tests du chi carré et de divers indices de mesure de l'association entre les variables dépendantes (connaissances et attitudes) et indépendantes (intervenants scolaires et non scolaires). Pour ce faire, la distribution des résultats aux tests de connaissances et d'attitudes a été examinée en détail pour en dégager les tendances à se séparer en catégories. Nous avons ainsi pu déterminer deux catégories par variable dépendante. Les catégories retenues sont:

Variables dépendantes:	Catégories de la variable dépendante:	
- sidaphobie	< 31 ; = ou > 31	(sur 56, selon l'échelle initiale)
- att. envers prévention du sida	< 60 ; = ou > 60	(sur 80, selon l'échelle initiale)
- stress face au travail dans domaine	< 8 ; = ou > 8	(sur 20, selon l'échelle initiale)
- homophobie	< 23 ; = ou > 23	(sur 28, selon l'échelle initiale)
- att. envers sexualité	< 5 ; = ou > 5	(sur 7, selon l'échelle initiale)
- conn. transmission du VIH:	< 78% ; = ou > 78%	
- conn. générales I:	< 87% ; = ou > 87%	
- conn. générales II:	< 76% ; = ou > 76%	
- conn. sexualité	< 60% ; = ou > 60%	

Tel qu'indiqué au tableau 14, aucune association significative (à $p < 0,05$) ne s'est manifestée entre les variables dépendantes et indépendantes, excepté pour l'attitude envers la sexualité en prétest, puis en postest (mais pas en post-postest). Autrement dit, il n'y a généralement pas de lien entre le fait d'être du milieu scolaire ou non et les connaissances ou attitudes affichées avant la formation québécoise en prévention du sida, après l'avoir suivie et six mois plus tard. Le cas particulier de l'attitude envers la sexualité est traité ci-après.

Tableau 14: Connaissances et attitudes du groupe expérimental: intervenants scolaires (n=7) comparés aux hors scolaires (n=6)

	Prétest					Postest					Post-postest				
	Scolaires		Hors scolaires		chi carré sign. à p<0,05	Scolaires		Hors scolaires		chi carré sign. à p<0,05	Scolaires		Hors scolaires		chi carré sign. à p<0,05
	Moy.(%)	éc.-t.	Moy.(%)	éc.t.		Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.		Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.	
Attitudes:															
Sidaphobie (phobie tend vers 0)	54	6,8[1]	63	7,6[1]	non	59	9,7[1]	63	8,2[1]	non	59	7,9[1]	65	6,7[1]	non
Att. envers prévention (positive tend vers 100)	74	7,1[2]	73	4,6[2]	non	76	4,1[2]	80	10,0[2]	non	78	4,9[2]	78	7,3[2]	non
Stress face au travail dans le domaine du sida (stressé tend vers 100)	35	2,0[3]	35	1,4[3]	non	35	1,8[3]	36	1,0[3]	non	35	1,3[3]	34	0,5[3]	non
Homophobie (phobie tend vers 0)	76	5,4[4]	78	5,6[4]	non	86	2,3[4]	83	4,8[4]	non	78	4,2[4]	86	5,4[4]	non
Att. envers sexualité (positive tend vers 100)	61	1,2[5]	74	0,5[5]	oui (r=6,2 à 1 d.l. et à p=0,01)	64	0,4[5]	80	0,7[5]	oui (r=9,6 à 1 d.l. et à p=0,00)	66	0,5[5]	76	0,6[5]	non
Connaissances:															
Transmission du VIH (OMS et autres)	78	5,5	86	9,1	non	88	5,8	87	6,1	non	89	3,7	88	6,2	non
Conn. générales I (Dupras et al.)	90	6,8	86	15,7	non	92	7,5	93	7,7	non	94	7,5	88	16,7	non
Conn. générales II (King et al.)	70	14,4	79	15,7	non	85	7,6	86	13,6	non	87	8,3	89	8,7	non
(Conn. générales du sida:moyenne)	79	---	84	---	---	88	---	89	---	---	90	---	88	---	---
Sexualité	57	5,5	60	16,3	non	69	16,0	67	11,6	non	59	5,6	70	15,3	non

1. sur l'échelle initiale de 56
2. sur l'échelle initiale de 80
3. sur l'échelle initiale de 20
4. sur l'échelle initiale de 28
5. sur l'échelle initiale de 7

La relation significative constatée au prétest entre l'attitude envers la sexualité et le fait d'être du milieu scolaire ou hors scolaire est due à la distribution suivante des résultats: 6 intervenants scolaires ont obtenu, au test d'attitude envers la sexualité, un score de moins de 5 sur 7 et un seul intervenant scolaire, un score supérieur, tandis que la tendance inverse est apparue chez les répondants hors scolaires. Un seul répondant hors scolaire s'est trouvé à obtenir un score inférieur à 5 sur 7 tandis que les 5 autres ont eu un score supérieur.

La même tendance s'est manifestée lors du postest. Les intervenants scolaires se sont répartis de la même façon qu'au prétest entre les catégories de résultats et les 6 intervenants non scolaires se retrouvaient ensemble dans la catégorie de résultats supérieurs (aucun hors scolaire n'a donc obtenu moins de 5 sur 7).

Au post-postest, par contre, il n'y a pas eu de relation significative entre l'attitude envers la sexualité et le fait d'être intervenant scolaire ou hors scolaire. Les répondants se sont distribués comme suit entre les catégories de résultats pour les attitudes envers la sexualité: chez les intervenants scolaires, 4 obtiennent un score inférieur à 5 sur 7 pendant que les 3 autres ont des scores supérieurs; chez les intervenants non scolaires, 2 ont un score inférieur à 5, tandis que les 4 autres ont un score supérieur.

Bien qu'une différence entre intervenants scolaires et non scolaires soit apparente quant à leurs attitudes envers la sexualité, du moins en prétest puis en postest, le programme de formation n'agit pas différemment sur eux. En effet, la tendance qui les distinguait avant la formation est également apparue après la formation, lors du postest. De plus, la moyenne des intervenants scolaires, qui est demeurée relativement dans le même ordre de grandeur du prétest, au postest et au post-postest (61%, 64% et 66%), est toujours restée sensiblement inférieure à celle des intervenants hors scolaires (74%, 80% et 76%). Au post-postest, la distinction entre intervenants scolaires et non scolaires n'opère plus quant à l'attitude envers la sexualité. Cette distinction était apparente au postest, mais la formation s'est terminée avant le postest, tandis que le post-postest se faisait 6 mois plus tard. Par conséquent, la différenciation de l'attitude entre intervenants scolaires et hors scolaires ne peut pas être due au programme de formation.

Comme les résultats de l'évaluation l'indiquaient précédemment (tableau 9, page 58), la formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida n'exerce pas d'influence significative sur les attitudes, y compris l'attitude envers la sexualité. Les résultats analysés ci-haut et présentés au tableau 14 permettent d'affirmer que cette conclusion est valable aussi bien pour les intervenants-jeunesse scolaires que pour les intervenants-jeunesse hors scolaires qui suivent ce genre de formation.

L'attitude envers la sexualité a aussi été examinée en fonction du type d'intervenants dans le groupe témoin. Les intervenants scolaires du groupe témoin (tableau 15) obtiennent les scores respectifs suivants au test d'attitude envers la sexualité: 73% au prétest, 61% au postest et 73% au post-postest et les intervenants hors scolaires du groupe témoin, 61%, 74% et 73% respectivement. À l'inverse du groupe expérimental, les intervenants scolaires du groupe témoin ont diminué leur moyenne du prétest au postest,

Tableau 15: Connaissances et attitudes du groupe témoin divisé en intervenants scolaires et hors scolaires

	Prétest					Postest				Post-postest			
	Scolaires n=8		Hors scolaires n=8			Scolaires n=8		Hors scolaires n=8		Scolaires n=7		Hors scolaires n=7	
	Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.		Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.	Moy.(%)	éc.t.
Attitudes:													
Sidaphobie (phobie tend vers 0)	61	8,0[1]	57	5,5[1]		59	9,7[1]	58	10,4[1]	57	6,7[1]	62	9,0[1]
Att. envers prévention (positive tend vers 100)	76	6,0[2]	76	7,8[2]		76	7,7[2]	80	7,0[2]	79	7,1[2]	77	9,6[2]
Stress face au travail dans le domaine du sida (stressé tend vers 100)	34	1,4[3]	30	1,3[3]		35	1,8[3]	31	0,8[3]	34	1,3[3]	31	1,5[3]
Homophobie (phobie tend vers 0)	88	3,3[4]	81	4,0[4]		86	2,3[4]	88	4,3[4]	84	4,1[4]	86	5,6[4]
Att. envers sexualité (positive tend vers 100)	73	0,9[5]	61	0,5[5]		61	0,9[5]	74	1,2[5]	61	1,0[5]	73	1,0[5]
Connaissances:													
Transmission du VIH (OMS et autres)	86	9,6	82	12,8		88	5,8	83	7,9	81	16,3	87	8,5
Conn. générales I (Dupras et al.)	84	12,0	84	9,4	non	92	7,5	88	9,2	85	8,7	92	7,5
Conn. générales II (King et al.)	76	23,9	77	22,8	non	85	7,6	81	16,6	78	20,6	77	13,4
(Total conn. du sida)	82	---	81	---	---	88	---	84	---	81	---	85	---
Sexualité	59	15,1	58	13,6	non	69	16,0	66	8,8	56	10,1	64	8,7

1. sur l'échelle initiale de 56
2. sur l'échelle initiale de 80
3. sur l'échelle initiale de 20
4. sur l'échelle initiale de 28
5. sur l'échelle initiale de 7

tandis que les intervenants hors scolaires du groupe témoin l'ont augmentée. Les intervenants hors scolaires du groupe témoin maintiennent leur moyenne au moment du post-postest, tandis que les scolaires l'ont augmentée du postest au post-postest. Il va sans dire que la tendance à la hausse dont il est question n'est pas due au programme de formation, puisque le groupe témoin n'y a pas participé.

Comme ce fut le cas pour le groupe expérimental, les moyennes respectives obtenues par les intervenants scolaires et hors scolaires du groupe témoin, ont tendance à se distinguer sensiblement l'une de l'autre au prétest. La distinction apparaît ensuite au postest dans le groupe témoin comme dans le groupe expérimental. Mais au prétest, à l'inverse de la situation du groupe expérimental, c'est la moyenne obtenue par les intervenants scolaires qui est supérieure à celle des intervenants hors scolaires dans le groupe témoin. Au postest, la moyenne obtenue par les intervenants hors scolaires dépasse celle des scolaires, comme ce fut le cas du groupe expérimental. Au post-postest, les deux moyennes sont semblables dans le groupe témoin, tandis que dans le groupe expérimental, un certain écart sépare encore la moyenne obtenue par les intervenants scolaires de celle des intervenants hors scolaires du groupe expérimental.

Les résultats d'évaluation de la formation montraient précédemment (au chapitre VI) que l'attitude envers la sexualité est semblable chez le groupe expérimental et le groupe témoin, tous intervenants confondus (voir tableau 9). Les résultats présentés ci-haut montrent, cependant, que les intervenants scolaires du groupe témoin ne sont pas équivalents à ceux du groupe expérimental et que les hors scolaires du groupe témoin ne sont pas équivalents à ceux du groupe expérimental, quant à l'attitude envers la sexualité.

L'évaluation du programme-modèle (chapitre précédent et tableau 9) concluait à l'effet positif de cette formation sur les connaissances des intervenants-jeunesse, mais aussi qu'elle n'exerce aucune influence observable sur les attitudes mesurées. Les résultats présentés au tableau 14 permettent d'ajouter que ces effets ne sont pas différenciés selon qu'il s'agisse d'intervenants scolaires ou hors scolaires.

3. Comparaison entre intervenants scolaires et hors scolaires, quant à l'impact de la formation québécoise sur leurs comportements d'intervention

Les données recueillies sur les comportements d'intervention des participants au programme-modèle ont été examinées pour voir si l'effet du programme de formation différait selon qu'il s'exerçait (ou non) sur les intervenants scolaires ou hors scolaires. Les données initiales sur ce point (voir tableaux 10 et 11, pages 61 et 65) ont été transformées pour constituer deux catégories de réponses: non, c'est-à-dire, pendant le mois précédant la cueillette de données, n'avoir jamais effectué l'intervention indiquée ou n'avoir jamais abordé avec des jeunes le sujet mentionné dans le questionnaire; et oui, c'est-à-dire, pendant le mois précédant la cueillette de données, avoir déjà effectué auprès des jeunes, l'intervention en cause ou avoir abordé, avec eux, le sujet mentionné dans le questionnaire. Cette dichotomie des réponses permettait

de les analyser à l'aide de tableaux de contingence accompagnés de tests de chi carré et de différents indices de mesure d'association entre variables dépendantes (les comportements d'intervention effectués ou non, les sujets abordés ou non) et les variables indépendantes (intervenants scolaires ou hors scolaires).

Le tableau 16 montre qu'il y a une grande proportion des comportements d'intervention qui se sont avérés, au prétest, en relation significative avec le fait d'être intervenants scolaires ou intervenants hors scolaires auprès des jeunes. Avant de suivre la formation, les deux types d'intervenants se différenciaient donc l'un de l'autre par la sorte d'interventions effectivement réalisées auprès des jeunes. Cette distinction repose surtout sur le peu d'interventions réalisées en prévention du sida auprès des jeunes par les intervenants scolaires comparés aux intervenants hors scolaires, pendant le mois précédant le prétest. En regard du total des comportements possibles mentionnés dans le questionnaire et qui sont effectués (sous "oui" au tableau 16) et non effectués (sous "non" au tableau 16), le groupe des intervenants scolaires obtient un taux d'intervention de 11% au prétest, contre 33% au postest. Sur ce plan, les intervenants hors scolaires passent de 83% à 59%.

Différentes raisons peuvent expliquer la différenciation des intervenants lors du prétest. L'une d'entre elles est la période de l'année où s'est faite la prise de données. La plupart des intervenants scolaires sont des enseignants. Or, dans les écoles secondaires, la répartition de l'année scolaire en différentes étapes oblige à concentrer l'enseignement formel en prévention du sida sur certaines étapes seulement de l'ensemble de l'année scolaire, notamment pendant la période réservée à l'enseignement du programme de Formation personnelle et sociale (par exemple en février-mars, dans le cas de certaines commissions scolaires de la région de Montréal). Cette période n'était probablement pas le mois précédant la collecte de données. Une autre raison de cette différenciation est peut-être que, par leur type de travail auprès des jeunes, les intervenants non enseignants ont plus régulièrement d'occasions de faire des interventions informelles ou formelles en matière de prévention du sida, car ils n'ont pas à s'en tenir à un découpage institutionnel, relativement strict dans le temps, des interventions auprès des jeunes, contrairement aux enseignants. Le mois précédant les prises de données correspond probablement davantage à ce qui se produit, pour eux, pendant le reste de leur année de travail auprès des jeunes.

Toutefois, au post-postest, la distinction s'estompe entre intervenants scolaires et hors scolaires. Seulement trois des neuf sortes d'intervention mentionnées sont en lien significatif avec le fait d'être intervenants en milieu scolaire ou hors scolaire.

Il est possible que la formation suivie ait aplani la distinction entre les deux types d'intervenants en accroissant le taux d'intervention des intervenants scolaires. Il faut tout de même garder à l'esprit que la période précédant la prise de données s'est peut-être trouvée à mieux concorder en post-postest qu'en

Tableau 16: Sortes d'intervention: intervenants scolaires comparés aux hors scolaires, groupe expérimental

Sortes d'intervention	Prétest					Post-postest				
	Scolaires		Hors scol.		chi carré sign. à $p < 0,05$	Scolaires		Hors scol.		chi carré sign. à $p < 0,05$
	oui	non	oui	non		oui	non	oui	non	
Informer, expliquer	2	5	6	0	r=7,0 à p=0,01	5	2	5	1	non
Donner de la documentation	0	7	6	0	r=13,0 à p=0,00	1	6	5	1	r=6,2 à p=0,01
Converser, discuter	3	4	6	0	r=5,0 àp= 0,03	5	2	4	2	non
Écouter	1	6	6	0	r=9,6 à p=0,00	2	5	4	2	non
Réconforter, rassurer	0	7	5	1	r=9,5 à p=0,00	4	3	4	2	non
Référer le jeune à quelqu'un d'autre	1	6	5	1	r=6,2 à p= 0,01	3	4	3	3	non
Regarder avec le jeune ou lui montrer un film, des diapositives, des pancartes, etc.	0	7	4	2	r=6,7 à p=0,01	1	6	2	4	non
Accompagner un jeune pour une visite de consultation, de traitement	0	7	2	4	non	0	7	0	6	non
Donner un objet autre que de la documentation (par ex.: condom)	0	7	5	1	r=9,5 à p=0,00	0	7	5	1	r=9,5 à p=0,00
Taux d'intervention: $\frac{\text{n oui x 100}}{\text{n oui possible}}$	11%		83%			33%		59%		

prétest, avec l'étape scolaire prévue pour l'enseignement de la Formation personnelle et sociale. De plus, si la formation suivie a diminué, tel que le montrent les résultats, le taux d'intervention des intervenants hors scolaires, il faut conclure qu'elle exerce sur ces derniers une influence négative au plan des comportements d'intervention. La prudence exige que ce jugement soit nuancé fortement, notamment par le fait que dans l'ensemble du groupe expérimental, tous types d'intervenants étant confondus, la formation suivie n'a exercé que très peu d'influence sur les comportements d'intervention. Il n'en demeure pas moins qu'un impact différencié de la formation québécoise sur les intervenants scolaires et non scolaires s'est manifesté.

Les sujets abordés avec les jeunes constituent un des aspects des comportements d'intervention. Les résultats présentés au tableau 17 montrent qu'au prétest, les intervenants scolaires et hors scolaires ne se différencient que dans deux cas sur les 14 sujets effectivement abordés avec des jeunes pendant le mois précédent. Au post-postest, par contre, les distinctions sont plus fréquentes. Le fait d'aborder (ou non) huit des quatorze sujets indiqués est en relation significative avec celui d'être du milieu scolaire ou hors scolaire. Le taux selon lequel les intervenants abordent les différents sujets comparés aux possibilités offertes par le questionnaire, combiné au nombre de répondants est, pour les intervenants scolaires, de 15% au prétest et de 27% au post-postest. Chez les intervenants hors scolaires, ce taux passe de 42% à 57%.

Les explications fournies plus haut sur la concentration dans le temps de l'enseignement en matière de prévention du sida s'appliquent également ici, dans le cas des sujets abordés par les intervenants scolaires pendant le mois précédant les deux collectes de données. Par contre, les taux de sujets couverts dans les interventions auprès des jeunes se sont accrus du prétest au post-postest chez les deux types d'intervenants. Les soupçons qui pesaient sur le programme de formation quand les données sur les sortes d'intervention ont été examinées (influence négative sur les comportements d'intervention des intervenants hors scolaires), ne sont pas corroborés dans le cas des sujets abordés avec les jeunes. Les résultats du post-postest sont, en celà, supérieurs à ceux du prétest.

L'évaluation du programme-modèle québécois montrait (au chapitre précédent) qu'il influençait très modérément les comportements d'intervention, d'après les résultats combinés des intervenants scolaires et non scolaires du groupe qui a suivi la formation. Or, l'examen qui a été fait ci-haut de deux aspects des comportements d'intervention en prévention du sida permet de dégager la conclusion suivante sur l'impact de cette formation en fonction des deux types d'intervenants en cause. La formation québécoise en prévention du sida tend peu à influencer différemment les comportements d'intervention des intervenants scolaires comparés aux hors scolaires. Le degré d'influence est fort probablement dépendant des spécificités de l'organisation du travail propres à chacun de ces types d'intervenants, mais cela reste à être démontré.

Tableau 17: Sujets abordés lors des interventions du groupe expérimental: intervenants scolaires comparés aux intervenants hors scolaires

Sujets abordés	Prétest					Post-postest				
	Scolaires		Hors scol.		chi carré sign. à $p < 0,05$	Scolaires		Hors scol.		chi carré sign. à $p < 0,05$
	oui	non	oui	non		oui	non	oui	non	
Symtômes du sida	1	6	2	4	non	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Tests de dépistage sida	2	5	3	3	non	2	5	4	2	non
Étapes de progression de la maladie chez la personne atteinte	0	7	1	5	non	2	5	4	2	non
Médicaments employés dans le traitement du sida	1	6	1	5	non	1	6	2	4	non
Services et ressources face au sida	0	7	2	4	non	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Façon dont se transmet le virus du sida	2	5	3	3	non	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Séro-positivité	1	6	3	3	non	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Désinfection de seringues et aiguilles	1	6	2	4	non	1	6	1	5	non
Condom	2	5	4	2	non	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Comportements sexuels sécuritaires	1	6	4	2	r=3,7 à p=0,05	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Comportements sexuels risqués	2	5	4	2	non	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Drogues, médicaments et sexualité	1	6	2	4	non	2	5	3	3	non
Autres sujets										
- reliés au sida	1	6	1	5	non	2	5	3	3	non
- reliés à la sexualité	0	7	3	3	r=4,6 à p=0,03	2	5	5	1	r=3,9 à p=0,05
Taux de sujets couverts: $\frac{\text{n oui x 100}}{\text{n oui possible}}$	15%		42%			27%		68%		

4. Bilan des comparaisons de l'impact du programme sur les intervenants scolaires et hors scolaires

L'évaluation du programme-modèle québécois s'est conclue, au chapitre précédent, en jugeant cette formation de bonne qualité, mais de peu d'efficacité. Les effets produits par la formation sont positifs sur les connaissances des intervenants-jeunesse, mais absents sur les attitudes mesurées et peu marqués sur les comportements d'intervention.

Les résultats présentés dans ce chapitre-ci permettent d'ajouter que l'impact de la formation québécoise sur les intervenants scolaires et non scolaires est peu différencié. Cette formation exerce une influence semblable sur les connaissances des intervenants scolaires et celles des hors scolaires, ainsi que sur leurs attitudes respectives. Elle a plutôt tendance à produire un effet plus différencié sur les comportements d'intervention, sans toutefois que cet effet soit exclusivement attribuable à la formation suivie. Il serait pertinent que des recherches futures tentent de vérifier l'hypothèse selon laquelle des spécificités de l'organisation du travail des enseignants contribuent à ce que la formation québécoise en prévention du sida les influence différemment des autres intervenants-jeunesse.

VIII- Discussion d'ensemble des résultats

Les expériences de formation d'intervenants-jeunesse en éducation sexuelle ont servi d'inspiration dès le départ de cette recherche, étant donné l'importance considérable de la dimension sexuelle dans la prévention de la transmission du VIH. Ce genre de formation a, par le passé, généralement infléchi dans un sens positif les connaissances et, dans une moindre mesure, les attitudes. Les études restaient généralement silencieuses sur les comportements d'intervention. Dans les études sur la formation d'intervenants en éducation sexuelle, rien ne permettait de supposer que le programme-modèle élaboré et évalué dans cette recherche ne puisse, lui aussi, exercer une influence positive sur les intervenants-jeunesse.

Par conséquent, on pouvait légitimement s'attendre à ce que leurs résultats aux tests et questionnaires s'améliorent, de l'analyse de besoins (prétest) au postest, et restent stables au post-postest, ou s'améliorent encore s'ils avaient, par exemple, poursuivi leur formation en auto-didacte, par des lectures ou d'autres activités semblables, ou acquis de l'expérience supplémentaire dans le domaine de la prévention pendant le laps de temps séparant le post-postest du postest. Parallèlement, les résultats du groupe témoin devaient être semblables à ceux obtenus lors de l'analyse de besoins des autres répondants; mais les résultats des participants au programme de formation devaient devenir supérieurs par la suite.

Le programme, quant à lui, devait être conçu de manière à constituer le modèle le plus représentatif possible de l'ensemble québécois de programmes ou de projets ou d'activités de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida. Il était raisonnable de croire que, vraisemblablement, ces formations devaient correspondre à des besoins de formation des intervenants-jeunesse dans le domaine. Aussi, en plus de se baser sur les résultats d'une analyse systématique des formations offertes au Québec dans le domaine, la conception du programme-modèle s'est appuyée sur les résultats de l'analyse des besoins de formation des intervenants-jeunesse québécois.

Au départ, il était également légitime de supposer que, si aucune différence n'apparaissait entre les intervenants du milieu scolaire et les autres intervenants-jeunesse quant à leurs besoins de formation, le programme-modèle aurait un effet semblable chez les intervenants scolaires et les intervenants hors scolaires du groupe de participants à la formation. Dès lors, cela aurait signifié que les intervenants-jeunesse ont des points communs à l'égard de la prévention du sida chez les jeunes. Par contre, si l'analyse de besoins montrait des différences entre les résultats des intervenants scolaires et hors scolaires, il aurait pu arriver que le postest n'en montre pas quand même. Le programme appliqué étant commun aux deux types d'intervenants-jeunesse, on pouvait croire, par ailleurs, qu'il aurait probablement un certain effet d'uniformisation.

Les résultats tendent à contredire certaines des prévisions de départ, mais à en confirmer certaines autres. Il en sera question ci-dessous. Les points de discussion subséquents sont ceux qui touchent à l'ensemble de la recherche, puisque les points particuliers à chacun des ensembles de résultats ont été discutés au fur et à mesure de leur présentation dans ce rapport.

1. Sommaire de la démarche et des résultats de la recherche

D'abord, une analyse de contenu thématique du corpus d'informations provenant de différentes sources (revues scientifiques, revues professionnelles, rapports d'organismes, interviews, etc.) a mis en évidence les composantes de la formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida. Les objectifs, le contenu et les activités de formation qui se déroulent au Québec ont ainsi été identifiés et analysés.

En parallèle, une analyse des besoins de formation a eu lieu. Un échantillonnage aléatoire d'écoles secondaires, d'organismes sociaux ou de la santé pertinents et d'intervenants-jeunesse dans ces écoles et organismes, a été effectué. L'échantillon d'intervenants-jeunesse québécois a répondu à un inventaire de tests et de questionnaires, dont la plupart provenaient d'autres recherches, qui portaient principalement sur les aspects suivants: les connaissances, les attitudes, les comportements d'intervention et les intentions d'intervenir reliés au domaine, les attentes à l'égard du contenu de connaissances et des habiletés à viser par la formation et à l'égard des stratégies et techniques de formation à retenir.

Les résultats de l'analyse de besoins ont entre autres indiqué qu'une majorité d'intervenants-jeunesse avaient déjà suivi une formation en prévention du sida. Celle-ci pouvait emprunter différents formes, allant de la participation à des colloques ou de l'information reçue dans des parties théoriques de cours universitaires, jusqu'à un programme complet d'activités dirigées par un formateur. Les résultats montrent aussi que les intervenants-jeunesse maîtrisaient assez bien un bon nombre des éléments nécessaires à leur intervention auprès des jeunes en matière de prévention du sida. Leurs connaissances sont relativement bonnes et leurs attitudes, généralement favorables aux différents aspects reliés à la prévention du sida, bien que certaines lacunes ont pu être identifiées: par exemple, l'attitude envers l'intervention de prévention auprès des jeunes, les connaissances sur la sexualité, la réalisation des comportements d'intervention. Les attentes exprimées à l'égard du contenu de la formation identifiaient certains sujets, comme les symptômes du sida, sa progression chez la personne atteinte, les services et ressources dans le domaine, la séro-positivité et autres. Les attentes relatives aux stratégies et techniques de formation mentionnaient, entre autres, la conférence, des films, l'atelier, l'animation-discussion, l'étude de cas. Une bonne proportion des sujets et des stratégies et techniques de formation identifiés parmi les attentes des répondants se retrouvaient d'ailleurs dans les différentes formations qui s'offrent au Québec dans le domaine et que nous avons analysées, tel qu'indiqué plus haut. Enfin, des tests t appliqués aux résultats des tests d'attitudes et de connaissances laissaient entendre que les besoins de formation des intervenants-jeunesse scolaires et hors scolaires ne tendaient pas à se différencier.

Nous avons pu faire vérifier, par la technique de jugements par des experts, que le programme-modèle issu de l'analyse systématique des formations proposées au Québec les représentait bien. Nous avons effectué, dans le programme-modèle, les quelques ajustements mineurs recommandés par les juges. Par la même technique, le modèle éducationnel sous-jacent à la formation québécoise a été mis en évidence. Il s'agit principalement de l'interaction sociopédagogique. La technique de jugements a également permis d'établir que ce programme-modèle correspondait bien aux besoins qui étaient apparus comme résultats de l'analyse des besoins de formation.

Cette recherche comprenait aussi l'évaluation de la formation québécoise représentée par le programme-modèle. Le devis d'évaluation était quasi-expérimental. Un inventaire de tests et de questionnaires était administré lors d'un prétest, d'un postest et, six mois plus tard, d'un post-postest. Le devis d'évaluation impliquait des comparaisons du groupe expérimental avec un groupe témoin. Les participants et les membres du groupe témoin étaient les volontaires disponibles, mais provenant de l'échantillon aléatoire d'intervenants-jeunesse scolaires et hors scolaires travaillant dans les écoles et organismes pour jeunes, situés sur le territoire desservi par le DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur (soit le nord de l'île de Montréal qui compte plus de 300 000 habitants).

L'évaluation a montré que la formation québécoise d'intervenants-jeunesse en prévention du sida est de bonne qualité, mais de peu d'efficacité. Son impact positif se manifeste surtout sur les connaissances, pas sur les attitudes et plutôt faiblement sur les comportements d'intervention. Les recommandations suggèrent d'enrichir la formation québécoise par l'augmentation de la durée d'ensemble du programme d'activités, d'y ajouter certaines activités et d'accroître le calibre du contenu (ou des connaissances et aptitudes) couvert pendant la formation.

Enfin, l'impact attribué à la formation québécoise a été examiné pour voir s'il était semblable sur les intervenants-jeunesse scolaires et hors scolaires. Nous avons procédé à des analyses plutôt qualitatives des données, à l'examen de représentations graphiques et à d'autres analyses qui recourent à des tableaux de contingence accompagnés de tests de chi carré et de mesures d'association. Il s'est avéré que l'influence de la formation québécoise en prévention du sida est un peu différenciée selon qu'elle s'exerce sur les intervenants-jeunesse scolaires ou hors scolaires. La différenciation est mineure et touche principalement les comportements d'intervention, mais n'opère pas sur les connaissances et sur les attitudes. Le mode d'organisation du travail propre au milieu scolaire, comparé aux autres milieux de travail destinés à l'intervention éducative auprès des jeunes, pourrait être en partie responsable de cette différenciation de l'impact de la formation québécoise.

2. Limites des résultats et de la recherche

Une des limites habituellement mentionnées dans des recherches à caractère pscyhosocial est celle du manque de généralisibilité des résultats. Or, notre recherche satisfait suffisamment à ce critère de scienti-

ficité dans les parties de l'étude où il est le plus pertinent de le vérifier, soient dans le cas de l'analyse des activités de formation offertes au Québec en prévention du sida, dans l'analyse de besoins ou dans la sélection des participants au programme-modèle de formation d'intervenants-jeunesse. Cette garantie de généralisibilité s'appuie sur les raisons suivantes.

Premièrement, c'est l'ensemble du corpus des programmes ou activités de formation québécois, au lieu d'un échantillon ou d'une proportion d'entre eux, qui a été soumis à l'analyse et qui a servi à concevoir le programme-modèle. Les responsables de tous paliers dans le domaine, allant de formateurs sur le terrain à des coordonateurs provinciaux gouvernementaux, ont été contactés à travers tout le Québec. De plus, la recension des programmes de formation s'est effectuée de manière à multipl les types de sources de données: présentation de vive voix par le concepteur, résumés publiés dans des revues professionnelles, documentation officielle, programme-maison, rapports de recherche, rapports annuels d'organismes pertinents, revues scientifiques, etc. Même s'il s'avérait que nous n'ayions quand même pas pu analyser tous les programmes pertinents existant au Québec, il resterait que l'échantillon analysé compterait la grande majorité des formations québécoises d'intervenants-jeunesse en prévention du sida, dont toutes celles conçues ou réalisées par les leaders québécois dans le domaine. De plus, le programme-modèle issu de l'analyse des formations québécoises a été soumis à une dizaine de juges experts dans le domaine, accompagné des différents programmes analysés, pour vérifier la représentativité du programme-modèle. Ils en ont confirmé la représentativité. Enfin, le programme-modèle n'a subi que des ajustements fort mineurs pendant son application, quant à son fond et quant à sa forme. Ces ajustements se sont concentrés sur la durée de certaines activités, sans affecter la durée totale du programme.

Deuxièmement, dans le cas de l'analyse des besoins, l'ensemble du territoire du Québec a été couvert pour y prélever l'échantillon aléatoire de 12% des DSC (abstraction faite du DSC de l'expérimentation qui s'ajoutait pour l'analyse de besoins). Dans l'échantillon de DSC, comme dans le cas du DSC de l'expérimentation, tous les établissements ou organismes et écoles pour adolescents ont été identifiés avant de procéder à l'échantillonnage aléatoire d'écoles et d'organismes. Une fois cet échantillon constitué, les listes d'intervenants susceptibles d'intervenir dans le domaine de la prévention du sida avec les jeunes ont été produites sur la base des informations fournies par les milieux, le nombre de sujets sélectionnés étant déterminé en proportion du nombre d'intervenants-jeunesse de l'organisme ou de l'école et en fonction du nombre total d'intervenants scolaires et hors scolaires voulus pour répondre au questionnaire sur les besoins de formation. La limite imposée à la généralisation des résultats est ici que les répondants sont ceux qui ont consenti à nous retourner leur questionnaire dûment rempli. Pour contrer cette limite, nous recourions à une liste de substituts sélectionnés au cours de l'échantillonnage. Malgré tout, nous avons eu 120 des 160 répondants attendus, soit un taux de réponse de 75%.

Troisièmement, les participants à l'expérimentation du programme-modèle et les membres du groupe témoin, tous sélectionnés sur le territoire du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur, provenaient des listes d'intervenants-jeunesse constituées selon les procédés d'échantillonnage indiqués plus haut. Nous dispo-

sions de leurs résultats d'analyse des besoins en guise de prétest. La limite à la généralisibilité des résultats pourrait s'appliquer ici, car la liste des sujets expérimentaux et témoin est un échantillon de celle des répondants qui se sont dits intéressés par la formation ou par le fait de collaborer à titre de membre du groupe témoin. Par contre, il faut admettre que dans toute recherche qui implique des êtres humains comme sujets et acteurs, ceux-ci ne fournissent une réponse ou ne font une activité quelconque que s'ils y consentent et se portent volontaires. Toutefois, en comparant les caractéristiques générales des participants à l'expérimentation et des membres du groupe témoin avec celles identifiées chez les intervenants-jeunesse de l'échantillon québécois (ex. âge, sexe, expérience de travail auprès des 12-17 ans), on peut constater que les sujets expérimentaux et témoin sont assez représentatifs des intervenants-jeunesse scolaires et hors scolaires québécois.

Le nombre de participants à l'expérimentation de la formation québécoise ne constitue pas un problème en soi, du point de vue de la représentativité du "traitement expérimental", puisqu'il s'apparente au nombre de participants que risquent de compter la plupart des groupes de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida. Les conditions naturelles de formation d'intervenants sont bien respectées sur ce point. Par contre, ce nombre et, par conséquent, celui des membres du groupe témoin, est trop faible pour recourir aux statistiques paramétriques afin de produire les résultats; c'est là que réside une des limites des résultats et des conclusions qui en sont tirées. Tous les efforts ont pourtant été déployés pour que 20 à 30 personnes participent à l'expérimentation et autant, comme membre du groupe témoin, quitte à constituer un groupe de formation supplémentaire. Malgré toutes les précautions prises, il y a eu, au total, une trentaine de répondants pour l'évaluation du programme, participants et membres du groupe témoin confondus. Ce nombre trop faible de sujets a entraîné l'impossibilité de recourir à certaines analyses quantitatives qui permettent une comparaison fine et relativement sûre des résultats entre sous-groupes du groupe expérimental et du groupe témoin (par exemple: intervenants scolaires et hors scolaires). Pour y pallier, les analyses se sont alors effectuées sur le mode qualitatif en établissant, toutefois, certains seuils quantitatifs d'acceptation ou de refus pour y confronter les données et obtenir les résultats. Cette opération a ainsi permis de contrer la difficulté. Il est possible que certaines observations aient été empêchées, notamment si les seuils établis étaient trop sévères pour faire apparaître des objets d'observation. Avec un nombre plus élevé de sujets expérimentaux et témoin et des analyses statistiques paramétriques, il aurait certainement été possible de faire ressortir certaines autres conclusions en plus de celles auxquelles nous sommes parvenus. Les seuils d'acceptation des résultats qualitatifs étant relativement conservateurs, nous pouvons néanmoins affirmer que les observations ont quand même pu être relevées et sont probantes. Les résultats et les conclusions que nous en avons tirées demeurent fort valables, car ils mettent en évidence les phénomènes observables dans les circonstances qui prévalaient et observés selon les critères les plus rigoureux possibles dans ces circonstances.

3. Prévention du sida et éducation sexuelle dans la formation d'intervenants-jeunesse

Il est admis, statistiques à l'appui, qu'en Amérique du Nord, des comportements sexuels risqués sont la principale voie de transmission du virus du sida. Par conséquent, la prévention du sida auprès des jeunes passe par leur éducation sexuelle, il est courant de l'entendre affirmer. Dire cela, c'est dire que la prévention ne peut se réaliser auprès des jeunes sans faire référence aux comportements sexuels sécuritaires; ceux-ci ne se limitent pas exclusivement à la technique pour employer le condom. C'est aussi signaler un contenu et des habiletés de formation de leurs intervenants dans le domaine de la sexologie et de l'éducation sexuelle. C'est ce qui est démontré ci-dessous.

D'abord, la sexologie est un champ d'études interdisciplinaires qui a pour objet la sexualité humaine des individus et groupes de tous âges et de toutes origines, envisagée sous tous ses angles: épistémologiques, sociaux, psychologiques, historiques, moraux, religieux, anthropologiques, biologiques, médicaux, etc. La sexologie rassemble, en un corpus étendu et organisé de savoir, les connaissances scientifiques sur la sexualité humaine. Par conséquent, c'est à ce corpus qu'appartiennent les connaissances scientifiques sur la sexualité qui se retrouvent habituellement incluses dans le contenu des programmes de prévention du sida ou de formation d'intervenants dans ce domaine. Dans le cas des intervenants-jeunesse, une meilleure connaissance de la sexualité correspond donc à une plus grande maîtrise des connaissances sexologiques.

Ensuite, dans son sens le plus restreint, l'éducation sexuelle, quant à elle, est la connaissance et la compréhension des phénomènes sexuels; elle correspond ainsi à l'instruction et à un ensemble d'informations sur la sexualité[74]. Ce sens est souvent le seul que retiennent, mais à tort, la plupart des gens. Il y a, en effet, un consensus entre les auteurs du domaine et beaucoup d'intervenants sur le terrain, pour définir autrement l'éducation sexuelle. Une partie de notre équipe de recherche a eu l'occasion d'étudier cette question. Suite à des analyses de contenu approfondies des définitions de ce concept, nous avons pu en circonscrire le sens à partir d'un éventail de conceptions apparaissant chez les auteurs, spécialistes ou intervenants, du domaine de l'éducation sexuelle. Les résultats de ces travaux apparaissent dans le Dictionnaire actuel de l'éducation sous le terme "éducation sexuelle" [75]. Voici cette définition accompagnée d'exemples des auteurs consultés pour dégager la définition.

Au plan pratique, celui de la pédagogie ou de la didactique[76], l'éducation sexuelle se définit comme une *intervention pédagogique auprès de la personne ou d'un groupe* (Garcia Werebe 1976, p. 13; Gudridge 1969, p. 57; Davila 1979, p. 54-55; Tatum 1989, p. 96; Desaulniers 1990, p. 33), *ou une intervention de support auprès de la personne ou d'un groupe*, (Dupras, Lévy & Tremblay 1978, p. 51;

---

74. Legendre, R. (éd.) (1993). Dictionnaire actuel de l'éducation. Montréal: Guérin.
75. Ibid. 74
76. Ibid. 74

Tobin 1978, p. 46; Dykstra 1977, p. 2; Bower 1982, p. 7) *dans le domaine de la sexualité humaine* (Scott Ross 1979, p. 3; Rubin 1970, p. 19; Desaulniers 1990, p. 33; McNab 1981, p. 22; Dupras, Lévy & Tremblay 1978, p. 51).

Au plan plus global, elle est d'abord et avant tout *un type d'éducation* (Desaulniers 1990, p. 33; Dykstra 1977, p. 2; Pompian 1969, p. 93; Rubin 1970, p. 19; Bermond 1970, p. 226; Poinsett 1976, p.16) *qui se définit par un processus* (Tobin 1978, p. 46; Scott-Lowe 1984, p. 12; Samson 1981, 472-473; Poinsett 1976, p.16; Bower 1982, p. 7) *double*:

- *d'une part, le développement* (Rolett 1976, p. 20; Scott-Lowe 1984, p. 12; Gaudreau 1991, p. 196-197) *intégral de soi* (Levine Schneider 1971, p. 17-18; Poinsett 1976, p.16; Carrera 1982) *en tant qu'être sexué* (Pastrick 1983, p. 7; Scales 1983, p. 207-208; Winchester 1983, p. 31; Williams 1986, p. 6; Hammonds 1982, p. 4) *en relation avec d'autres* (Pastrick 1983, p. 7; Scales 1983, p. 207-208; Scott Ross 1979, p. 3; Boily 1984, p. 17; Brues & Greenberg 1988, p. 20)

- *et, d'autre part, l'apprentissage* (Boily 1984, p. 17; McNab 1981, p. 22; Tedesco 1983, p. 30; Scales 1983, p. 245) *progressif* (Tobin 1978, p. 46; Scott-Lowe 1984, p. 12; Bower 1982, p. 7) *de la sexualité humaine en général* (Garcia Werebe 1976, p. 13; Scott Ross 1979, p. 3; Desaulniers 1990, p. 33) *et de sa propre sexualité* (Garcia Werebe 1976, p. 13; Scales 1983, p. 207-208; Samson 1981, p. 472-473; Desaulniers 1990, p. 33; Dupras, Lévy & Tremblay 1978, p. 51).

Selon l'ensemble des conceptions analysées, le processus qui définit l'éducation sexuelle est multidimensionnel puisqu'il implique une variété d'aspects de la sexualité et de l'être humain. Ces aspects sont, par exemple:

- affectifs: attitudes, valeurs, sentiments à l'égard de soi-même et d'autrui, émotions, affirmation de soi, plaisir éprouvé, détermination, motivation, etc.,
- cognitifs: concepts, mentalité, préconceptions et conceptions, connaissances, façons de penser, etc.,
- physiques: biologie, morphologie, physiologie sexuelle, etc.,
- sociaux: culture, rapports entre groupes, entre individus, etc.,
- moraux: éthique, jugement de valeur, etc.,
- spirituels: sens de la sexualité, religion, etc.,
- comportementaux: exercice de la sexualité, comportements risqués, conduites sexuelles, discours tenus en rapport avec la sexualité, etc.

Cette explicitation du concept montre bien que l'éducation sexuelle comprend déjà ce que tente d'évoquer la notion de santé sexuelle. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après OMS)[77], la santé sexuelle consiste en "l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être

77. Organisation mondiale de la santé (1975). Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Série de rapports techniques no. 572, Genève: OMS, p. 6.

sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour". L'OMS situe ainsi la santé sexuelle dans un rapport entre l'éthique (éthique sociale et personnelle et valeurs comme l'amour, par exemple), des facteurs psychologiques personnels positifs (absence de crainte, de honte, de culpabilité, connaissance suffisante, etc.) et de saines fonctions sexuelles et reproductrices (absence de troubles, maladies et déficiences organiques)[78].

Mais, comme l'a constaté Barrett[79], une bonne sexualité se distingue alors d'une mauvaise sexualité, en fonction de l'éclairage apporté par les domaines de la santé, mais aussi par les morales ou les conventions sociales. En cela, le concept de santé sexuelle n'est pas innocent; il renvoie à des valeurs et aux idéologies rattachées à l'expression de la sexualité, mais en compétition les unes avec les autres. Avec ce halo qui l'entoure, la santé sexuelle ne peut pas se prêter à une définition scientifique qui veut tendre vers l'universalité, même en statuant sur sa nature comme l'a fait l'OMS il y a 20 ans. Au plus, on obtient ainsi une validation scientifique, par les autorités compétentes en matière de santé, de certaines normes personnelles et sociales relatives à la sexualité, qui n'en sont pourtant pas moins de l'ordre du choix idéologique. À cause de cette connotation de la santé sexuelle, Gochros[80] suggère, d'ailleurs, d'interpréter cette dernière en se plaçant à l'intersection entre les besoins, les souhaits et les désirs individuels d'une part, et les appuis, les demandes, les interdits et les attentes de l'environnement social, d'autre part. Un individu qui trouve une satisfaction, exempte d'exploitation d'autrui, de ses désirs et de ses besoins sexuels dans son contexte social est un individu en santé sexuelle, c'est-à-dire qui fonctionne bien sexuellement. En ce sens, Gochros préférerait qualifier la sexualité de satisfaisante, accomplie ou de fonctionnelle, plutôt que de faire usage de l'expression santé sexuelle.

Il s'avère donc que la notion de santé sexuelle évoque l'estime de soi, l'affirmation de soi, une bonne communication entre partenaires sexuels, les rapports adéquats entre ces derniers, une saine attitude envers la prévention, des comportements sexuels dits responsables et sécuritaires, etc. Telle que définie plus haut, l'éducation sexuelle englobe cette conception. En plus, prise dans son sens didactique ou pédagogique, l'éducation sexuelle comprend aussi des pratiques éducatives en matière de sexualité humaine.

Il s'avère, également, que la notion de santé sexuelle suppose une adhésion à une certaine idéologie et aux valeurs qui s'y rattachent. Du point de vue d'une des spécialités des Sciences de l'éducation, soit celle des Fondements éducatifs (par exemple: épistémologie ou axiologie de l'éducation), la santé sexuelle s'inscrit ainsi dans un cadre normatif particulier parce qu'elle est reliée à un choix idéologique de préférence à d'autres, à un ensemble donné de valeurs et de finalités éducatives. Du point de vue de l'éducation sexuelle, la santé sexuelle ne représente qu'une des options ou des finalités possibles, non pas

---

78. Dupras, A., Morisset, R., & Pharand, S. (1990). La santé sexuelle des personnes séro-positives: prolégomènes à une analyse des besoins sexuels. Intervention, 86, 42-48.
79. Barrett, M. (1991). Sexual health education: can a new vision avoid repetition of past errors? SIECCAN journal, 6 (4), pp. 3-15.
80. Gochros, H.L. (1984). A social work perspective on sexual health. Journal of social work and human sexuality, 2(1), reproduit dans Human sexuality in medical social work (citation dans Barrett, M. (1991), op. cit. 79).

la seule et unique, qui peut orienter des interventions éducatives, sans en influencer d'autres qui seraient inspirées par un cadre normatif différent. Une éducation sexuelle visant la santé sexuelle dans un cadre de promotion de la santé devient de l'éducation sexuelle préventive. Elle se distingue de l'éducation sexuelle personnelle, sociale, scientifique, etc.[81], qui peuvent elles aussi contribuer à la prévention du sida, mais à leur propre manière, selon leur propre orientation, en fonction de leur cadre normatif respectif.

Or, s'il est une lacune importante, voire considérable, mise en évidence dans l'analyse des besoins de formation des intervenants-jeunesse québécois, dans l'analyse des programmes québécois de formation qui leur sont destinés et par l'évaluation de cette formation québécoise, c'est bien le domaine de la sexualité. La formation d'intervenants-jeunesse en matière de prévention du sida porte trop peu ou, du moins, ne se concentre pas assez sur les connaissances ou les attitudes et valeurs à l'égard de la sexualité et sur l'intervention d'éducation sexuelle. Cette formation reste sans effet sur ces connaissances et ces attitudes de l'intervenant. Pourtant, l'analyse des besoins de formation a montré les insuffisances sur ces plans de la sexologie.

Les intervenants-jeunesse québécois sont, par contre, formés pour éveiller la vigilance des jeunes de manière à ce qu'ils évitent le danger de l'infection par le VIH. Cela est valable en soi pour des motifs de santé et pour sauver des vies. On peut toutefois s'interroger sur l'idée que les intervenants-jeunesse se trouvent alors à pouvoir laisser aux jeunes, qui voient ainsi se solidifier le lien entre sexualité et peur de la maladie ou bien danger de mort. Il faudrait ne pas perdre de vue les répercussions que cela pourrait avoir sur leur vie sexuelle qui commence, leur vie d'adulte, leur vie de couple future. Il est intéressant, à cet égard, de constater que la formation québécoise a accru le comportement d'intervention qui consiste à rassurer et à réconforter les jeunes. Peut-être les participants ont-ils trouvé pour les jeunes, pendant la formation, des motifs d'avoir peur, ce qui incite les intervenants à rassurer ou à réconforter davantage les jeunes. Peut-être, au contraire, les participants ont-ils dédramatisé la situation, pendant leur formation, et veulent-ils apaiser les jeunes pour leur faire comprendre qu'après tout, ce n'est pas aussi menaçant qu'il y paraît, qu'il y a des ressources, que les risques sont bien identifiés, etc., étant donné les informations qu'ils ont eux-mêmes approfondies sur le sujet. Dans un cas comme dans l'autre, c'est la peur des adolescents ou des adolescentes à l'égard du sida (ou, du moins, la peur qu'ils croient que les jeunes éprouvent) qu'ils tentent ainsi de diminuer.

Redessiner la formation d'intervenants-jeunesse pour que ceux-ci abordent la question de la prévention du sida en partant du point de vue de l'éducation sexuelle, plutôt que de l'évitement de la maladie ou de la mort, serait peut-être un élément de solution à envisager sérieusement pour améliorer l'action préventive dans le domaine du sida. D'autant plus que certaines recherches comme celle de Robert et Rosser (1990)[82]

---

81. Gaudreau, L. (1989). La diversité des intervenants d'éducation sexuelle (pp 238-274). Dans Dupras, A. (ed.). La sexologie au Québec. Longueuil: IRIS.
82. Robert, B., Rosser, S. (1990). Evaluation of the efficacy of Aids education interventions for homosexuality active men. Health Education Research, theory and practice. 5 (3), pp 299-308.

montrent que les interventions efficaces pour améliorer la prévention chez les groupes les plus vulnérables à l'infection par le VIH, comme celui des hommes homosexuels, sont celles qui favorisent une éducation sexuelle explicite, axée sur l'érotisation des comportements sexuels sécuritaires. Dans la recherche effectuée par ces auteurs, le programme d'intervention axé sur l'érotisme s'est avéré le plus efficace, puisqu'il a permis de modifier le comportement le plus à risque d'infection au VIH, les relations sexuelles anales, en faisant en sorte que les gens s'en abstiennent. Comparé à un programme plus classique de prévention du sida, ce programme d'éducation sexuelle axé sur le bien-être sexuel s'est avéré plus avantageux pour la prévention, car il a pu influencer les comportements sexuels. Le programme d'intervention axé sur le sida ne les a pas modifiés, mais a fait en sorte que les gens se réfugient davantage dans la monogamie, ce qui est très ambigu comme conduite préventive. En effet, la monogamie pose problème si elle est sériée (un seul partenaire pendant un certain temps, puis un seul autre pendant la période suivante, et ainsi de suite). Elle implique alors des partenaires multiples, même s'ils sont en série, ce qui représente un des facteurs en cause dans la transmission du VIH dans les populations homosexuelles, entre autres. Évidemment, cela ne signifie pas que la monogamie permanente, avec un seul et unique partenaire, ne soit pas un mode de vie envisageable. Cela signifie plutôt que le principal comportement sexuel dangereux est contré par une intervention d'éducation sexuelle axée sur l'érotisme, mais ne l'est pas par celle qui a été principalement orientée sur la prévention du sida.

Pourquoi, alors, ne pas chercher à réorienter la formation québécoise d'intervenants en prévention du sida? La recherche montre qu'elle s'avère peu efficace pour améliorer l'action préventive des intervenants auprès des jeunes. Les arguments livrés ci-haut montrent aussi qu'elle servirait sans doute mieux la cause des adolescents et adolescentes, leur sérénité mais aussi leur santé et leur sexualité, si elle prenait le tournant voulu pour devenir une formation d'intervenants-jeunesse en éducation sexuelle. Loin de perdre sa dimension préventive, elle pourrait devenir le préalable nécessaire à une lutte plus égale entre les jeunes et la transmission du VIH et ce, en faveur des jeunes.

Conclusion

Les programmes de formation d'intervenants en prévention du sida sont tous apparus sur la planète au cours des dix dernières années et dans un contexte semblable. Ils ont en effet été produits et offerts à la même époque, pour contribuer à résoudre une même problématique, celle de la propagation du sida, dans le même esprit, soit celui de réussir à contrôler l'épidémie, et avec de plus en plus la conviction que l'information seule reste insuffisante pour produire des effets positifs satisfaisants, particulièrement dans les population de jeunes.

Compte tenu de ces points communs, nous nous attendions à pouvoir conclure à l'émergence d'un modèle général de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida et des autres MTS. Cette recherche a pu dégager ce modèle pour la province de Québec qui compte environ sept millions d'habitants. Elle visait plus précisément quatre objectifs: d'abord, analyser les besoins de formation des intervenants-jeunesse en matière de prévention des MTS et du sida, ainsi que les formations qui leur sont offertes pour y répondre; ensuite, proposer les fondements et les composantes générales du modèle représentant la formation typique offerte aux intervenants-jeunesse dans le domaine; puis, vérifier l'impact de l'application de cette formation à la québécoise; enfin, comparer les effets produits sur les intervenants-jeunesse selon qu'ils fassent partie du milieu scolaire ou hors scolaire.

Ces objectifs, qui pouvaient paraître ambitieux pour une seule et même recherche, ont tous été atteints en fonction de quatre hypothèses de travail qui guidaient la démarche. La première supposait qu'un modèle éducationnel était implicitement intégré dans les formations suivies par les intervenants-jeunesse en prévention du sida. Ceci a été confirmé. L'orientation dominante de la formation québécoise est l'interaction sociopédagogique accompagnée de deux tendances moins lourdes, à savoir une centration sur les dimensions personnelles des intervenants-jeunesse et une organisation systématique du processus de formation. La seconde hypothèse de travail était la suivante: la formation à la québécoise aurait un impact positif, étant donné les effets constatés dans les études sur la formation d'intervenants en éducation sexuelle. Ceci a été partiellement confirmé. La formation québécoise s'est avérée de bonne qualité, mais de peu d'efficacité, car elle satisfait moyennement les participants, agit favorablement sur les connaissances, n'influence pas les attitudes, mais a un effet plutôt faible sur les comportements d'intervention. La troisième hypothèse de travail avait pour préalable de vérifier la concordance entre les besoins de formation des intervenants-jeunesse scolaires et hors scolaires. Elle était à l'effet que la formation québécoise en prévention du sida exercerait une influence semblable sur les deux types d'intervenants-jeunesse. Cette hypothèse s'est partiellement confirmée. L'influence de la formation québécoise en prévention du sida est peu différenciée selon que les intervenants-jeunesse fassent partie du milieu scolaire ou du milieu hors scolaire. La différenciation observée pourrait être due au mode d'organisation du travail propre au milieu scolaire comparé aux autres

milieux de travail destinés à l'intervention éducative auprès des jeunes.

L'espoir fondé, depuis quelques années déjà, sur l'efficacité des intervenants-jeunesse dans la prévention du sida avait permis de poser avec acuité le problème de leur manque de formation, non seulement dans ce domaine particulier, mais aussi dans celui de l'éducation sexuelle qui l'englobe. C'est avec un bon vouloir évident que la formation d'intervenants a été entreprise par les organismes sociaux ou de santé. Mais, dans l'élaboration et la production de programmes et de matériels de formation d'intervenants pour améliorer la prévention du sida, il était devenu urgent que la sexologie et les sciences de l'éducation soient mises à contribution davantage qu'elles ne l'avaient été auparavant. La prévention du sida est en fait une éducation sexuelle préventive.

Intégrant les connaissances scientifiques provenant de ces deux disciplines à celles provenant du domaine de la santé, et appuyé par une démarche de recherche rigoureuse, le modèle de formation élaboré et évalué grâce à cette recherche constitue un apport original et important pour la prévention dans le cas spécifique du sida, mais aussi dans celui de la santé sexuelle en général. Cette contribution consiste en une diminution de l'incertitude (dans le sens psychologique et scientifique du terme) et de la durée des "tâtonnements" des démarches par essais-erreurs qui sont entreprises depuis les dix dernières années pour former les intervenants dans le domaine de la prévention du sida. Peu d'études sur la formation d'intervenants en prévention du sida allaient jusqu'à un post-postest et confrontaient les résultats de leur groupe expérimental avec ceux d'un groupe témoin. Aucune, à notre connaissance, n'avait examiné les fondements éducatifs de ce genre de formation, n'avait impliqué une analyse aussi fine d'un grand ensemble de programmes de formation, n'avait comparé l'effet sur les intervenants scolaires et hors scolaires d'une formation offerte à une échelle comparable avec celle du Québec, ou n'a pu produire de résultats sur les comportements effectifs d'intervention. Cette recherche-ci a permis de le faire et contribue ainsi à l'avancement des connaissances dans le domaine de la formation d'intervenants et de la prévention du sida.

Une autre des contributions de cette recherche est de faire état de l'ensemble de la situation québécoise de la formation d'intervenants dans le domaine et de diffuser cette information aux principaux intéressés du monde de la santé et de la prévention en matière de sida. De plus, la mise au point de ce processus de recherche et l'élaboration du modèle de formation d'intervenants-jeunesse renferment de nombreux éléments qui pourraient s'appliquer dans le cadre d'autres recherches sur la santé sexuelle et d'autres études sur la prévention, que ce soit en santé mentale ou contre la toxicomanie, par exemple.

Cette recherche a également contribué à la formation des intervenants qui ont participé à l'expérimentation du modèle. Une fois réajustée en fonction du jugement et des recommandations que nous avons émises (voir pages 80-81), la formation québécoise, représentée par le programme-modèle qui a été expérimenté dans cette recherche, pourrait augmenter son efficacité. Par contre, les arguments invoqués dans la discussion (pages 99 à 103) démontrent la pertinence d'explorer la possibilité de réorienter la formation d'intervenants-jeunesse pour qu'elle en soit une en éducation sexuelle qui conserve

néanmoins, mais en l'adaptant, une dimension préventive.

Une efficacité accrue signifie, dans le cas d'une formation d'intervenants, que celle-ci se répercute plus significativement sur les comportements d'intervention. C'est là un bon moyen pour que les bénéfices qu'en retirent les intervenants-jeunesse aient des retombées plus importantes et plus positives, non seulement sur eux-mêmes et elles-mêmes, mais qui se transfèrent aussi au coeur-même de leur action préventive. Comme ils sont aux premières lignes de la prévention du sida auprès de la jeunesse, collectivement, ils pourraient alors mieux contribuer à freiner l'épidémie de sida. En cela, ils assouviraient une plus grande partie de l'espoir qui se fonde sur l'efficacité de leur action éducatrice, celui de contrer la transmission du VIH et, par conséquent, d'éviter aux jeunes un affrontement mortel avec le sida.

Références

Barbier, J.-M., Lesne, M. (1977). L'analyse des besoins en formation. Champigny-sur-Marne, France: Robert Jauze.

Bardin, L. (1977, 1991). L'analyse de contenu. Coll. Le psychologue, Vendôme, France:PUF.

Barrett, M. (1991). Sexual health education: can a new vision avoid repetition of past errors? SIECCAN journal, 6 (4), 3-15.

Berlinguet, M. , Lindsay, J. (1989). Aspects psychosociaux du sida. Service social, 38 (1), p. 5.

Bermond, B.L. (1970). La nouvelle éducation sexuelle. Paris: Agence parisienne de distribution.

Berthelot, P., Morissette, M.-R. (1989). La formation des intervenants. Service social, 38(1), 22-35.

Bertrand, Y. , Valois, P. (1982). Les options en éducation. 2è éd., Québec: Ministère de l'éducation, Direction de la recherche.

Boily, P.Y. (1984). L'éducation sexuelle en famille. Paris: Anne Sigier.

Bouton, R.A., Gallagher, P.E., Garlinghouse, P.A., Leal, T., Rosenstein, L.D. & Young, R.K. (1987). Scales for measuring fear of Aids and homophobia. Journal of personality assessment, 51 (4), 604-614.

Bower, M.F. (ed.) (1982). A sexuality curriculum to promote the moral reasoning and ego development of adolescents. Ed.D. Thesis. Boston University School of Education, University Microfilms International.

Brues, C.E., Greenberg, J.S. (eds) (1988). Sexuality education theory and practice. (2nd ed.). New York: Macmillan Pub. Co.

Carrera, M.A. (1982). Winning the battle for sex education. SIECUS Pub.

Davila, R.R. (1979). Sexuality and deafness. Washington: Gallaudet College, Pre-college programs.

Département de Santé Communautaire de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (1989). Plan directeur 1989-1992. Montréal: DSC Sacré-Coeur.

Desaulniers, M.P. (1990). L'éducation sexuelle: définitions. Montréal:Édition Agence d'Arc Inc.

D'Hainaut, L. (1980). Des fins aux objectifs de l'éducation. Bruxelles: Labor, Paris: Fernand Nathan.

Dupras, A. (éd.) (1989). La sexologie au Québec. Longueuil: Iris.

Dupras, A., Lévy, J.J., Samson, J.M. & Tessier, D. (1987). Sondage sur le Sida. Université du Québec à Montréal et Hôpital Saint-Luc, Montréal: Projet TRACES.

Dupras, A., Lévy, J.J. & Tremblay, R. (1978). Éducation sexuelle des personnes en difficulté d'adaptation. Actes du symposium tenu à Montréal. Montréal: Publications CQEE.

Dupras, A., Morisset, R., & Pharand, S. (1990). La santé sexuelle des personnes séro-positives: prolégomènes à une analyse des besoins sexuels. Intervention, 86, 42-48.

Duquet, F. (1987). L'évaluation comparative de deux moyens didactiques pour l'éducation des jeunes en matière de prévention des maladies transmissibles sexuellement. Maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal.

Dykstra, L.A.H. (ed.) (1977). The influence of a human sexuality workshop upon sex knowledge and attitudes. Ph.D. Thesis. Wayne State University, University Microfilms International.

Fernandez, J. (1988). Réussir une activité de formation. Montréal: Editions Saint-Martin.

Fisher, W.A. (1988). The sexual opinion survey (pp34-38). Dans Davis,C.M., Yarber, W.L. & Davis, S.L. (eds). Sexuality-related measures, a compendium. Lake Mills, Iowa: Graphic Pub. Co.

Garcia Werebe, M.J. (1976). L'éducation sexuelle à l'école. Paris: PUF.

Gaudreau, L. (1991). Application et évaluation d'un programme de formation d'intervenants pour la prévention du sida, le cas d'intervenants auprès d'itinérants. Rapport de recherche. Montréal: Centre de Recherches L.G. Inc.

Gaudreau, L. (1991). L'éducation sexuelle, l'agression sexuelle et la prévention chez les enfants et les adolescents (pp 175-210). Dans Cohen, H. (éd). L'agression sexuelle: perspectives contemporaines. Montréal: Méridien.

Gaudreau, L. (1989). La diversité des intervenants et intervenantes en éducation sexuelle (pp 238-274). Dans Dupras, A. (éd.). La sexologie au Québec. Longueuil: Iris.

Gaudreau, L. (1988). La situation de l'éducation sexuelle au Québec et l'attitude des intervenants(es). Apprentissage et socialisation, 11 (2), 84-94.

Gaudreau, L. (1987). L'adolescent(e) face à l'éducation sexuelle et à la prévention: possibilités et limites. Actes du Colloque de l'Association pour la santé publique du Québec. Montréal: ASQ, 50-79.

Gaudreau, L. (1985). Les caractéristiques de l'enseignant dans les programmes d'éducation sexuelle. Thèse de doctorat non éditée. Faculté des Études Supérieures, Université de Montréal.

Gaudreau, L. (1985). Un programme de formation des enseignantes et enseignants en éducation sexuelle. Bulletin de l'Association des Sexologues du Québec, 7 (2), 25-35.

Gochros, H.L. (1984). A social work perspective on sexual health. Journal of social work and human sexuality, 2(1), reproduit dans Human sexuality in medical social work. In Barrett, M. (1991). Sexual health education: can a new vision avoid repetition of past errors? SIECCAN journal, 6 (4), 3-15.

Gordon, G., Klouda, T. (1989). Éviter une crise. Le sida et le travail de planification familiale. Londres et Basingstoke: Macmillan Pub. (traduit par l'IPPF, Unité de prévention du Sida, Londres: Fédération internationale pour la Planification Familiale.

Gower, R., Scott, M.B. (1977). Five essential dimensions of curriculum design. Iowa: Kendall-Hunt Pub. Co.

Gudridge, B.M. , Education U..S.A. & American Association for Health, Physical Eduacation and Recreation (1979). Sex education in schools. Education USA, Special report. Washington: National School of Public Relation Association.

Hammonds, M.M. (1982). Sexuality education instructional techniques: relationship among teacher usage, student preferences, and student learning styles. Ph.D. Thesis, Iowa University, University Microfilms International.

Holder, J.R. (1989). Aids: a training program for school counselors. The school counselor, 36, 305-309.

Kelly, A.V. (1977). Curriculum: theory and practice, London: Routledge and Kegan Paul.

Kerr, D.L., Allensworth, D.D., Gayle, J.A. & Dalis, G.T. (1989). The ASHA Aids education needs assessment: Association for the advancement of health education results. Health education, 19 (6), 16-20.

King, A. J.C., Beazley, R. P., Warren, W. K., Hankins, C. A., Robertson, A. S. & Radford, J. L. (1989). Étude canadienne sur les jeunes et le Sida. Kingston, Ontario: Social Program Evaluation Group, Quenn's University.

King, A.J.C., Beazley, R.P., Warren, W.K., Hankins, C.A., Robertson, A.S. & Radford, J.L. (1988). Enquête sur les jeunes canadiens face au sida. (partie D, 11è année). Kingston, Ontario: Université Queen, Groupe d'évaluation des programmes sociaux.

Laroche, F., Ryan, B. (1990). Programme de formation, Sida, Pour une meilleure intervention, Montréal: sans éditeur.

Lecorps, P. (1989). Prévenir le Sida. Rennes, France: École Nationale de la Santé Publique.

Legendre, R. (1993). Dictionnaire actuel de l'éducation. 2è éd. Montréal, Paris: Guérin, ESKA.

Legendre, R. (1988). Dictionnaire actuel de l'éducation. Montréal: Larousse.

Levine Schneider, M. (1971). An evaluation of an in-service course in family life and sex education for elementary school personnel in a suburban community. Doctor of education, Columbia University, University Microfilms International.

Lief, H.I., Reed, D.M. (s.d.). Sex knowledge and attitude test (SKAT). Center for the study of sex education in medicine, Division of family study, Department of psychiatry, School of medicine, University of Pennsylvania. Adapté par F. Michaud (1990). Test de connaissances et d'attitudes en regard de la sexualité. Maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal.

Matteson, G.N. et al. (1984). Physician education in human sexuality. Journal of Family Practice, 19 (5), 683-684.

Mc Nab, W. (1981). Advocating elementary sex education. Journal of Health education, 12 (5), 22-25.

Michaud, F. (1990). La formation des éducateurs pour l'éducation sexuelle des mésadaptés socio-affectifs et délinquants en centre d'accueil. Rapport d'activités (mémoire) de maîtrise, Département de sexologie, UQAM.

O'Donnell, L., O'Donnell, C.R., Pleck, J.H., Snarey, J. & Rose, R.M. (1987). Psychosocial responses of hospital workers to Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Journal of applied social psychology, 17 (3), 269-285.

Organisation Mondiale de la Santé (1989). Knowledge, attitudes, beliefs and practices on aids. Interview schedule, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1989). Programme mondial de lutte contre le Sida, Dossier d'information-action, Journée Mondiale Sida, 1er décembre 1989, Genève, Suisse.

Organisation Mondiale de la Santé (1975). Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Série de rapports techniques no. 572, Genève: OMS.

Ostfield, M. L. (1989). Strategies for training Aids educators: increasing the effectiveness of your educational efforts. Annual meeting of the Society for the Scientific Study of Sex, Toronto.

Pastrick, D.E. (1983). The development of the total person concept and its relationship to education in human sexuality. Ed.D. Thesis. University of Pittsburg, University Microfilms International.

Pleck, J.H., O'Donnell, L., O'Donnell, C. & Snarey, J. (1988). AIDS-phobia, contact with AIDS, and AIDS-related job stress in hospital workers. Journal of homosexuality, 15 (3-4), 41-54.

Poinsett, S.B. (1976). The impact of a workshop on human sexuality for the handicapped on school personnel. Ph.D. Thesis, University of Michigan, Xerox University Microfilms.

Pompian, H.K. (1969). A study of the initiation of a sex education program in an elementary school with an analysis of the sexual knowledge of the sixth grade pupils involved and their attitudes and those of their parents and teachers. Thesis, Education. Detroit: Wayne State University.

Rienzo, B.A., Dorman, S.M. (1988). Ten consequences of the Aids crisis for the health education profession. Journal of school health, 58 (8), 335-337.

Robert, B., Rosser, S. (1990). Evaluation of the efficacy of Aids education interventions for homosexuality active men. Health Education Research, theory and practice, 5 (3), 299-308.

Rolett, K. (1976). Organizing community resources in sexuality counseling and family planning for the retarded. Chapel Hill: State Services Office Carolina Population Center, University of North Carolina.

Rubin, I. (1970). What is sex education?. (pp 19-24). Dans Kirkendall, L.A. (ed.). Sex in the childhood years expert guidance for parents, counselors ans teachers. New York: Association Press.

Samson, J.M. (éd.) (1981). L'éducation sexuelle à l'école? Montréal: Guérin.

Sans auteur (1990). Aids surveillance in Canada. Aids update: Sida le point. Canadian Medical Association Journal, 142 (6), 552-553.

Scales, P. (1983). Adolescent sexuality and education: principles, approaches, and resources (pp 207-277). In Chelman, C. (ed.). Adolescent sexuality in changing american society, social and psychological perspectives for the human services professions, 2nd ed., New York: John Wiley & Sons.

Scott-Lowe, E. (1984). Construction of a sex education attitude scale for preschool teacher. Ph. D. Thesis, Florida State University, University Microfilms International.

Scott Ross, S. (1979). What is sex education all about? A guide for parents. Chicago: Adams Press.

Tatum, M.L. (1989). Overview: a perspective on school programs (pp. 95-115). In Cassell, C. & Wilson, P.M. (eds). Sexuality education, a resource book. New York: Garland Pub. Co.

Tedesco, J.A. (1983). Sex education: the affects of conjoint parent-child participation in a human growth, development, and reproduction seminar. Ph.D. Thesis, University of Connecticut, University Microfilms International.

Tobin, I.L. (ed.) (1978). The effects of a human sexuality workshop on helping professionals' sexual fantasies. Ed.D. Thesis, Wayne State University, University Microfilms International.

Tousignant, Y. (1985). Évaluation d'un programme de perfectionnement en éducation à la sexualité réalisé auprès d'enseignantes et d'enseignants en exercice. Rapport d'activités (mémoire) de maîtrise, Département de Sexologie, UQAM.

Tourette-Turgis, C. (1989). Réflexions à propos d'une expérience de formation des travailleurs sociaux sur le Sida. Service social, 38 (1), 37-43.

Shafer, M.A. (1988). High risk behavior during adolescence. In Schinazi, R., Nahmias, A. J. (eds). Aids in children, adolescents, and heterosexual adults (pp 329-334). New York: Elsevier Sc. Pub. Co.

Winchester, R.B.(1983). The design, implementation and evaluation of a sexuality education program for parents. Ph.D. Thesis, University of Tennessee, University Microfilms International.

Williams, M. (1986). Sexuality education in beginning families curriculum guide for parents education programs. Washington: Pierce County Health Department, Family planning program Tacoma.

ANNEXE 1:

Résultats de l'analyse des programmes de formation
des intervenants-jeunesse québécois
dans le domaine du sida

Liste des organismes et auteurs de programmes
de formation d'intervenants-jeunesse
en prévention du sida

# code	Auteurs
1.2	Département de Santé Communautaire(DSC) du Grand Portage, Rivière-du-Loup
4.1	DSC Hôtel-Dieu de Roberval- Louise Boissière
5.1	F. Michaud et Équipe Régionale de Prévention et de Dépistage, Région 03 et Est du Québec (Infection à VIH et sida) (ci-après ERDPS)- DSC Centre Hospitalier de l'Université Laval
6.1	DSC Hôpital Enfant-Jésus: applique F.Michaud =5.1
8.1	DSC Régional de la Mauricie, Shawinigan, Marie-Claude Bernard et CLSCs et cliniques MTS
9.1	DSC Hôpital Ste-Croix, Drummondville, les DSCs de la région 04
14.1	DSC Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal
15.1	DSC Hôpital Général de Montréal, Richard Cloutier
16.1	DSC Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal: Inter DSC-Ministère de la Santé et des Services Sociaux et Centre Québécois de Coordination sur le Sida
18.1	DSC Hôpital St-Luc, Montréal: applique 16.1
18.2	DSC Hôpital St-Luc, Montréal, Dominique Tessier- Delphino Companile
18.4	DSC Hôpital St-Luc, Montréal, Dominique Tessier
19.1	DSC Centre Hospitalier de l'Outaouais-Hull, Denis Gélinas- partie de programme
20.1	DSC Rouyn-Noranda et Centre Régional de la Santé et des Services Sociaux (CRSSS) de l'Abitibi-Témiscamingue
21.1	DSC Baie-Comeau et CRSSS Côte-Nord, Francine Gendron
22.1	DSC Centre Hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé, ERDPS
22.2	DSC Centre Hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé
26.2	DSC Cité de la Santé, Laval, S.Venne et Équipe MTS
29.1	DSC Charles Lemoyne, Greenfield Park, R. Thomas et D. Longpré- a)
29.2	DSC Charles Lemoyne, Greenfield Park, R. Thomas et D. Longpré- b)
	Centre Québécois de Coordination sur le Sida, applique 16.1

Régions où ces programmes sont appliqués

# programme	Régions
(1)	Rivière-du-Loup- région 01
(4)	Roberval - région 02
(5)	Québec- région 04)
(6)	Québec- région 04
(8)	Shawinigan-Mauricie- région 04
(9)	Drummondville- région 04
(14)	Montréal- région 06
(15)	Montréal- région 06
(16)	Montréal- région 06
(18)	Montréal- région 06
(19)	Outaouais-Hull- région 07
(20)	Rouyn-Noranda et Abitibi-Témiscamingue- région 08
(21)	Côte-Nord, Baie Comeau- région 09
(22)	Gaspé- région 11
(26)	Laval- région 13
(29)	Greenfield Park- région 16
CQCS	Province de Québec

I- Objectifs de ces programmes

A) Objectifs de connaissance (domaine cognitif de Bloom)

(Programmes-auteurs)

(1.2) 1- Améliorer le niveau de connaissances des professeurs de Formation personnelle et sociale

(5.1-6.1) 2- Acquérir des connaissances en matière d'éducation à la sexualité nécessaires à leur intervention auprès des jeunes 12-18 ans en Centre d'Accueil

3- Situer la problématique du sida par rapport aux différentes dimensions de la sexualité humaine

4- Faire le survol de ses connaissances ou, le cas échéant, s'informer sur des phénomènes reliés à la sexualité, comme les MTS et le sida, la contraception, l'orientation sexuelle, les rôles sexuels, la masturbation, le plaisir, les fantasmes, l'érection, l'éjaculation, etc.

5- Constater l'existence des liens entre, d'une part, les jugements de valeurs,les attitudes et les opinions et, d'autre part, les actions d'éducation sexuelle auprès des jeunes

6- Se situer sur le plan professionnel pour examiner les messages conflictuels émis à propos de la sexualité

7- Évaluer l'importance et les conséquences de ses interventions implicites et explicites en éducation sexuelle auprès des jeunes

8- Explorer l'impact de modes d'intervention souhaitables dans des situations individuelles et dans des situations de groupe

9- Explorer des modes d'intervention bénéfiques pour l'éducation sexuelle qui ont vécu des situations d'inceste, de prostitution ou d'agression sexuelle

(8.1) 10- Fournir les éléments pour une approche globale des MTS et du sida auprès des étudiants-es

(9.1) 11- Connaître l'infection à VIH et ses modes de transmission

(14.1) 12- Connaître les stratégies d'intervention propres à renforcer l'impact de sa démarche éducationnelle

13- Connaître les déterminants (facteurs favorisant et inhibiteurs) de l'adoption par sa clientèle de comportements préventifs en regard de la transmission du VIH et des MTS

(15.1) 14- Expliquer la problématique de l'absence de symptômes lors de MTS ou, lorsque ces symptômes sont présents, identifier les principaux

15- Expliquer le processus sommaire de dépistage des MTS et les traitements requis

16- Identifier les comportements à risque de MTS

17- Identifier les conséquences globales de ces comportements sur la santé

18- Prendre connaissance de diverses approches pédagogiques [reliées à la modification de comportements]

(16.1, 18.1 et CQCS) 19- Mettre à jour les connaissances de base sur les aspects épidémiologiques, biomédicaux, psychosociaux et éthiques de l'infection à VIH et du sida

(18.2) 20- Se sensibiliser à la problématique du sida auprès des adolescents

21- prendre conscience des différences: jeunes vs adultes, adolescents vs enfants, différences ethniques, différences entre les valeurs individuelles, la notion de risque perçu des adolescents vs perçu par les intervenants-es et par les parents

(18.4) 22- Connaître l'information à jour sur le VIH et le sida
23- Se sensibiliser à la problématique du sida et des MTS
24- Prendre conscience des différences des valeurs des jeunes vs adultes (pensée magique, etc.)
25- Connaître les moyens de protection contre le VIH et les MTS
26- Discuter de la "Politique régionale sida" décidée par le "Comité-sida" de la commission scolaire
27- Connaître les outils [éducationnels] disponibles

(19.1) 28- Acquérir des connaissances de base sur le sida
29- Acquérir des connaissances sur la prévention (utilisation de condoms, nettoyage et échanges d'aiguilles)
30- Discuter des problèmes éthiques, légaux et moraux

(20.1) 31- Connaître les principaux aspects de l'infection au VIH et du sida (biomédicaux, légaux, psychosociaux)

(21.1) 32- Recevoir la documentation et l'information nécessaire

(22.1) 33- Se sensibiliser à l'importance de la prévention du sida auprès des jeunes

(22.2) 34- Améliorer la prévention des MTS

(26.2) 35- Se sensibiliser à la problématique du sida
36- Connaître les informations de base sur l'infection à VIH
37- Connaître les mesures préventives

(29.1) 38- Mettre à jour ses connaissances sur les aspects biomédicaux et préventifs du sida et des principales MTS chez les jeunes
39- Se familiariser avec les aspects psychosociaux du sida
40- Se familiariser avec les nouvelles stratégies éducatives favorisant l'adoption d'un comportement préventif
41- Connaître des moyens diversifiés d'animation pour rejoindre les jeunes

(29.2) 42- Mettre à jour les connaissances sur la prévalence des MTS et du sida, sur les aspects biomédicaux et préventifs du sida
43- Se familiariser avec les aspects psychosociaux du sida
44- Se familiariser avec les facteurs psychosociaux favorisant l'adoption d'un comportement préventif
45- Se familiariser avec les nouvelles stratégies éducatives favorisant un comportement préventif
46- Se familiariser avec un nouveau guide complémentaire au volet "Éducation à la sexualité"(inclus dans le programme scolaire Formation personnelle et sociale) sur le sida et les MTS
47- Connaître d'autres outils pour supporter leurs activités éducatives

B) Objectifs "d'habiletés pédagogiques"

(Programmes-auteurs)

(4.1) 48- Avoir des outils [éducationnels] communs pour la prévention
49- Posséder les outils [éducationnels] en prévention du sida [un recueil d'activités en particulier]
50- Être en mesure de choisir les outils [éducationnels] appropriés à leur milieu

(5.1, 6.1) 51- Développer des modes d'intervention adaptés à l'éducation sexuelle des adolescents bénéficiaires des Centres d'accueil Régionaux (CAR)
52- Expérimenter des modes d'interaction et de communication jeune-adulte au niveau de la sexualité
53- Se familiariser avec le matériel et les ressources pouvant être utilisés dans ses discussions avec un jeune ou avec un groupe de jeunes, sur la sexualité ou une difficulté sexuelle

(9.1) 54- Soutiller pour le rôle d'agent éducateur

(14.1) 55- Mettre en oeuvre auprès de sa clientèle, des interventions adéquates visant ladoption de comportements préventifs en regard de la transmission du VIH et ces MTS ainsi que de comportements non discriminatoires envers les personnes atteintes de sida
56- Adopter une attitude neutre et facilitante dans ses interventions
57- Dans le contexte d'interaction individuelle et d'animation de groupe, développer les habiletés à:
a) donner des informations justes et claires à sa clientèle concernant l'infection à VIH et les MTS;
b) susciter la réflexion, la confrontation et l'intégration par sa clientèle, de certaines attitudes;
c) favoriser auprès de sa clientèle, le développement de certaines habiletés;
d) agir comme support et multiplicateur auprès de ses pairs dans la mise en oeuvre d'interventions de prévention à l'infection au VIH des MTS auprès de la clientèle.

(15.1) 58- Être en mesure de répondre aux questions des jeunes sur la problématique des MTS et du sida
59- Être en mesure de référer au besoin les jeunes à des services de santé
60- Expliquer les moyens de protection face aux MTS et au sida
61- Démontrer adéquatement l'utilisation du condom
62- Participer à la conception d'outils pédagogiques destinés spécifiquement à leur groupe-cible
63- Collaborer à la mise sur pied de l'évaluation d'un projet d'intervention auprès des jeunes par des prétests du questionnaire d'évaluation
64- Utiliser les questionnaires d'évaluation prétest et postest

(16.1, 18.1 et CQCS) 65- Planifier, organiser et réaliser efficacement des activités de prévention et de promotion reliées à la problématique du sida chez les jeunes
66- Développer des habiletés à concevoir des stratégies de communication pour la prévention du sida
67- Utiliser adéquatement des outils d'animation proposés pour la journée mondiale du sida

(18.4) 68- Apprendre à transmettre de l'information sur les moyens de protection [contre le sida]

(19.1) 69- S'habiliter aux techniques de formation

(20.1) 70- Intégrer dans leur travail quotidien, des activités d'information et d'éducation sur le sida
71- Agir de façon adéquate et efficace auprès de leur clientèle respective
72- Assurer des activités d'information et d'éducation de qualité

(21.1) 73- Rendre le condom accessible partout dans le région
74- Avoir des trucs et des idées pour les activités du programme qui s'adresse aux jeunes

(29.1) 75- Développer des habiletés pratiques d'application des stratégies éducatives proposées

(19.2) 76- Développer leurs habiletés

C) Objectifs de "travail sur soi"

(Programmes-auteurs)

(1.2) 77- Être plus à l'aise avec le sujet [sida]

(5.1, 6.1) 78- Reconnaître les dimensions personnelles exerçant une influence sur leur intervention en matière d'éducation à la sexualité auprès des jeunes en Centre d'Accueil Régional
79- Reconnaître l'importance relative des composantes de la sexualité selon que l'on se place du point de vue personnel ou professionnel
80- Être attentif à ses forces et à ses limites dans les interventions d'éducation sexuelle auprès des jeunes
81- S'intéresser à des questions de fond en regard de la sexualité des jeunes mésadaptés et délinquants.

(9.1) 82- Se sensibiliser à leur rôle d'agent d'éducation de santé publique

(14.1) 83- Se sentir personnellement responsable et motivé à intervenir en regard de la prévention de l'infection à VIH et des MTS

(16.1, 18.1 et CQCS) 84- Prendre conscience de ses valeurs, de ses attitudes et de ses comportements face au sida

(18.2) 85- Prendre conscience de ses propres valeurs face à la drogue, l'homosexualité, la prostitution, la sexualité et le VIH-sida

(18.4) 86- Prendre conscience de ses peurs, de ses limites, de ses valeurs, de ses attitudes et de ses comportements face au sida, à l'homosexualité, aux drogues, à la prostitution, à la sexualié
87- Se motiver à parler de MTS-sida à des jeunes

(19.1) 88- Développer des attitudes [positives] envers la population visée (sans jugement, etc.)
89- Développer l'esprit d'équipe

(20.1) 90- Prendre conscience de ses attitudes face au sida et aux situations vécues par les personnes exposées au VIH
91- Réaliser l'impact de nos attitudes sur nos interventions
92- Identifier des moyens permettant de développer des attitudes saines et des comportements appropriés dans l'intervention

(29.1) 93- Développer une attitude positive

II- Contenu de ces programmes

A) Connaissances "scientifiques" du domaine du sida-MTS

Éléments de contenu retrouvés dans deux programmes ou plus	Programmes-auteurs	Total
1. Aperçu général du sida	1.2-4.1-5.1-6.1-8.1-16.1-18.1-18.4-19.1-20.1-21.1-22.2-26.2-29.1-29.1	= 19 programmes
1.1Épidémiologie et prévalence	6.1-16.1-18.1-18.4-19.1-21.1-22.2-26.2-29.1-29.2	= 10 programmes
1.2 Origine historique	19.1-22.2-26.2-29.1	= 4 programmes
1.3 Les jeunes et le sida	5.1-14.1-15.1-16.1-18.1-18.4	= 6 programmes
2. Les aspects biomédicaux du sida	16.1-18.1-20.1-21.1-29.1-29.2	= 6 programmes
2.1 Description du VIH et de l'infection	5.1-16.1-18.1-18.4-26.2	= 5 programmes
2.2 Mécanismes de transmission du VIH	5.1-6.1-16.1-18.1-18.4-19.1-22.2-26.2	= 8 programmes
2.3 Symptômes de l'infection et évolution	5.1-16.1-18.1-18.4-26.2	= 5 programmes
2.4 Dépistage (tests et suivi)	6.1-16.1-18.1-18.4-19.1-22.1-22.2-26.2	= 8 programmes
2.5 Traitements et soins	8.2-16.1-18.1-18.4-19.1-22.1-26.2	= 7 programmes
3. Les aspects psychosociaux du sida	5.1-8.1-16.1-18.1-20.1-22.1-29.1	= 7 programmes
3.1 La personne vivant avec le sida: vécu, émotions, sentiments, besoins,souffrance, mort	16.1-18.1-20.1-22.1	= 4 programmes
3.2 Attitudes et comportements face aux personnes atteintes	5.1-16.1-18.1-18.4	= 4 programmes
4. D'autres aspects du sida:		
4.1 Éthique-moral, confidentialité	14.1-16.1-18.1	= 3 programmes
4.2 Socio-légal et économique	18.4-20.1-26.2	= 3 programmes
5. Interventions		
5.1 Conselling (pré-postest et auprès des personnes atteintes)	16.1-18.1-22.1	= 3 programmes
5.2 Éducation-information	16.1-18.1	= 2 programmes
6. Les autres MTS (MTS): informations de base	1.2-5.1-6.1-15.1-19.1	= 5 programmes
6.1 Prévalence	19.1-29.1-29.2	= 3 programmes
6.2 Aspects bio-médicaux	22.2-29.1-29.2	= 3 programmes
- Symptômes	6.1-15.1	= 2 programmes
- Transmission	6.1-19.1	= 2 programmes
- Dépistage	6.1-22.2	= 2 programmes
- Traitement	15.1-19.1-22.2	= 3 programmes

Éléments de contenu retrouvés dans deux programmes ou plus	Programmes-auteurs	Total
B) Connaissances "instrumentales" du domaine d'intervention		
7. Prévention-promotion de la santé	1.2-4.1-15.1-16.1-18.1	= 5 programmes
7.1 Situations et comportements à risque d'infection	5.1-15.1-16.1-18.1-19.1-26.2	= 6 programmes
7.2 Mesures préventives	14.1-18.4-29.1-29.2	= 4 programmes
7.2.1 Prévention dans la transmission sexuelle	5.1-14.1-15.1	= 3 programmes
7.2.2 Le condom	15.1-21.1-29.1-29.2	= 4 programmes
- Efficacité, caractéristiques, disponibilité, sécurité, coûts...	1.2-6.1-15.1-16.1-18.1-19.1-26.2	= 7 programmes
7.2.3 Seringues non échangées	6.1-15.1-19.1	= 3 programmes
- Désinfection, stérilisation	15.1-19.1-29.1-29.2	= 4 programmes
7.3 Déterminants pour l'adoption d'un comportement sécuritaire	14.1-29.2	= 2 programmes
7.4 Les ressources: disponibilité et accessibilité	6.1-8.1-16.1-18.1-18.4-19.1	= 6 programmes
Ex.: guide d'activités éducatives clinique MTS	21.1-22.2	= 2 programmes
C) Connaissances "pédagogiques pratiques"		
8. Comment intervenir		
8.1 Stratégies appliquées en prévention et en éducation sexuelle	5.1-14.1-15.1-16.1-18.1-29.1	= 6 programmes
8.2 Communication	5.1-16.1-18.1	= 3 programmes
- Comment transmettre les messages	5.1-14.1-18.2	= 3 programmes
8.3 Les activités d'apprentissage suggérées	4.1-14.1-16.1-18.1	= 4 programmes
8.4 Les outils d'intervention	4.1-16.1-18.1-20.1-29.2	= 5 programmes
D) Connaissances "sur soi-même"		
9. L'intervenant-e		
9.1 Ses attitudes	14.1-16.1-18.1-20.1-29.1-29.2	= 6 programmes
- face aux personnes atteintes, aux comportements sécuritaires, etc.	29.1-29.2	= 2 programmes
9.2 Ses valeurs	16.1-18.1-20.1	= 3 programmes
9.3 Ses craintes	5.1-20.1	= 2 programmes
9.4 Ses limites	5.1-20.1	= 2 programmes
9.5 Ses comportements	16.1-18.1	= 2 programmes
9.6 Son rôle auprès des jeunes	16.1-18.1	= 2 programmes

III-Les activités de formation dans ces programmes

A) Activités centrées "surtout sur le formateur ou son substitut"

Activités retrouvées dans deux programmes ou plus	Programmes-auteurs	Total
1. Conférence-exposé	1.2-4.1-5.1-6.1-8.1-14.1-16.1-18.1-18.2-18.4-19.1-20.1-21.1-22.1-22.2-29.1-29.2	= 17 programmes
2. Visionnement de documents audio-visuels	5.1-6.1-8.1-14.1-15.1-16.1-18.1-18.2-18.4-19.1-20.1-21.1-22.1-26.2-29.1-29.2	= 16 programmes

B) Activités centrées "surtout sur les participants-es"

1- Lecture de documentation	1.2-5.1-6.1-14.1-16.1-18.1-18.2-18.4-22.2-26.2	= 10 programmes
2- Mise en situation	4.1-5.1-14.1-19.1-20.1-22.1-29.1-29.2	= 8 programmes
3- Jeu de rôles	5.1-14.1-15.1-18.2-18.4-22.1-29.1-29.2	= 8 programmes
4- Démonstration par les participants(usage du condom, désinfection de seringues)	1.2-15.1-29.1-29.2	= 4 programmes
5- Exploration d'un guide d'activités éducatives	16.1-29.1-29.2	= 3 programmes
6- Ateliers de travail	4.1-8.1-20.1	= 3 programmes
7- Étude de cas par les participants	18.2-18.4-22.1	= 3 programmes
8- Manipulation d'outils éducatifs	16.1-18.1-18.4	= 3 programmes
9- Atelier d'expression	16.1-18.1	= 2 programmes
10- Ateliers de création d'interventions	16.1-18.1	= 2 programmes

C) Activités centrées à la fois sur le formateur et les participants-es, à des degrés variables

1- Discussion-animation en grand groupe	5.1-14.1-18.2-18.4-19.1-20.1-21.1-29.1	= 8 programmes
2- Plénière	4.1-8.1-16.1-18.1-20.1-22.2	= 6 programmes
3- Brainstorming	5.1-16.1-18.1-18.2-18.2	= 5 programmes
4- Questions-réponses	20.1-22.2-29.1-29.2	= 4 programmes

ANNEXE 2:

Programme "virtuel": première version du programme-modèle québécois de formation des intervenants-jeunesse en matière de prévention du sida

I- Objectifs(programme virtuel)

Objectifs généraux:

1- Aborder la problématique du sida sous différents angles
2- Se familiariser avec les stratégies et moyens d'intervention éducative en prévention des MTS et du sida
3- Développer ses qualités comme intervenant-e impliqué-e dans la lutte contre le sida

Objectifs spécifiques:

Les participants-es seront amenés à:

1.1 Avoir un aperçu global de la problématique du sida, des MTS et de ses différents aspects: épidémiologique, bio-médical, psychosocial, éthique et moral, sexologique, préventif et éducationnel

1.2 Décrire l'évolution des événements entourant l'infection au VIH, partant des comportements susceptibles d'être la voie de transmission du virus jusqu'au sida en phase terminale, en passant par l'étape du dépistage

1.3 Décrire les comportements préventifs face au sida et aux autres MTS

1.4 Distinguer les caractéristiques des jeunes de celles des adultes, en termes de valeurs, de mode de pensée, de perception du risque, et autres aspects pertinents

2.1 Dans leurs interventions actuelles ou éventuelles auprès des jeunes, adopter des stratégies éducatives appropriées: modification des comportements, de développement d'habiletés, de stimulation de la réflexion, de support aux jeunes et de référence à d'autres ressources

2.2 Utiliser adéquatement leurs habiletés d'animation, de démonstration, de communication, d'informateur, de planification

2.3 Explorer le matériel et les ressources disponibles, ou en concevoir au besoin, pour l'intervention préventive auprès des jeunes

2.4 Entreprendre ou consolider les activités de prévention du sida et des MTS auprès des jeunes

2.5 Se doter d'outils éducationnels appropriés pour l'intervention préventive auprès des jeunes

3.1 Examiner leurs propres caractéristiques personnelles (valeurs, attitudes, craintes, limites, forces, etc.) et leurs liens avec ses interventions auprès des jeunes dans le domaine de la prévention du sida et des autres MTS

3.2 Attacher de l'importance à l'exercice de leur rôle d'agent en éducation face au sida et aux MTS, et en promotion de la santé sexuelle

3.3 Démontrer une attitude positive face aux sujets impliqués par le domaine du sida, des MTS et de leur prévention, et à l'égard des personnes atteintes, de l'homosexualité et des jeunes.

II-Contenu (programme virtuel)

1. Aperçu général
   1.1 Épidémiologie et prévalence du sida
   1.2 Origine historique du sida
   1.3 Les jeunes face au sida

2. Les aspects biomédicaux du sida
   2.1 Description du VIH et de l'infection
   2.2 Mécanismes de transmission du VIH
   2.3 Symptômes de l'infection et évolution
   2.4 Dépistage (tests et suivi)
   2.5 Traitements et soins

3. Les aspects psychosociaux du sida
   3.1 La personne vivant avec le sida: vécu, émotions, besoins, souffrance, mort
   3.2 Attitudes et comportements face aux personnes atteintes

4. D'autres aspects du sida:
   4.1 Éthique-moral, confidentialité
   4.2 Socio-légal et économique

5. Les principaux types d'intervention dans le domaine du sida
   5.1 Conselling: pré-postest de dépistage et auprès des personnes atteintes
   5.2 Éducation-information

6. Les autres Maladies Transmissibles Sexuellement (MTS): informations de base
   6.1 Prévalence
   6.2 Aspects bio-médicaux: symptômes, transmission, dépistage, traitement

7. Prévention-promotion de la santé
   7.1 Situations et comportements à risque d'infection
   7.2 Mesures préventives
      7.2.1 Prévention dans la transmission sexuelle
      7.2.2 Le condom: efficacité, caractéristiques, disponibilité, sécurité, coûts...
      7.2.3 Seringues non échangées, désinfection, stérilisation
   7.3 Déterminants pour l'adoption d'un comportement sécuritaire
   7.4 Les ressources: accessibilité: ex.: guide d'activités éducationnelles, clinique MTS

8. Comment intervenir
   8.1 Stratégies appliquées en prévention du sida et en éducation sexuelle
   8.2 Communication, comment transmettre les messages
   8.3 Les activités d'apprentissage suggérées
   8.4 Les outils d'intervention

9. L'intervenant-e
   9.1 Ses attitudes: face aux personnes atteintes, aux comportements sécuritaires, etc.
   9.2 Ses valeurs
   9.3 Ses craintes
   9.4 Ses limites
   9.5 Ses comportements
   9.6 Son rôle auprès des jeunes

III- Activités (programme virtuel)

1- Accueil, présentation de la situation de cette formation dans le cadre de la recherche. Il est demandé aux participants-es de s'engager à être présents à chacune des séances jusqu'à la fin de l'expérimentation; ils peuvent s'en retirer à ce moment-ci s'ils croient ne pas pouvoir le faire, afin de laisser la possibilité à d'autres intervenants-es de participer au programme. Il leur est également dit que s'ils devaient s'en retirer en cours de route, aucun préjudice ne leur sera causé et qu'ils demeurent libres de participer ou non.

Durée: 15 min.
Fonction: introduction au contexte de la formation

2- Prétest: Les participants-es répondent individuellement par écrit au questionnaire du prétest
Durée: 60 min.

Pause: jusqu'à ce que tous et toutes aient terminé

3- L'animatrice présente les principes de fonctionnement du groupe (écoute, confidentialité, support mutuel) et demande à chacun de s'engager dans ce sens. Ces principes sont inscrits sur des feuilles qu'elle distribue à chacun et chacune. Les participants-es écoutent et posent leurs questions au besoin.

Durée: 10 min.
Fonction: assurer le bon fonctionnement du groupe

4- Étude de cas: L'animatrice demande aux participants-es de raconter aux autres un cas où ils sont intervenus auprès de jeunes dans le domaine de la prévention du sida ou des MTS. Chaque participant-e dispose de 3 minutes pour décrire la situation. Ils s'expriment à tour de rôle. L'animatrice reformule au besoin; elle pose des questions et suggère aux participants-es de poser leurs questions ou d'exprimer leurs réactions au fur et à mesure. Elle affiche à la vue de tous et toutes les points à soulever lors de la narration de son expérience par chacun des participants-es:

"- Quels étaient vos objectifs?
- Quelles étaient les caractéristiques des jeunes?
- Quel matériel avez-vous utilisé?
- Que ressentiez-vous?
- Comment vous y êtes-vous pris? Qu'avez-vous fait ou dit?
- Combien de temps cela a-t-il pris?
- Quel effet cela a-t-il eu sur les jeunes?
- Quel était le principal point fort de votre intervention?
- Quel était le principal point faible de votre intervention?

L'animatrice inscrit sur les feuilles d'animation affichées à la vue de tous et toutes, les grandes lignes de ce qui est dit sur chacun de ces points.

Durée: 45 minutes
Ressource: - feuilles d'animation 36x24 po, stylo-feutre
papier-collant
- liste des questions inscrites à l'avance sur
une feuille d'animation et affichée devant le groupe
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.3 à 9.6
Objectif: 3.1

5- Exposé: L'animatrice demande aux participants-es de remarquer les points communs qu'elle a relevés quant aux objectifs visés dans les cas racontés, quant aux éléments d'information transmise reliée au sida, aux MTS et à leur prévention, quant aux moyens employés pour intervenir, et quant à l'intervenant-e (ressenti, comportements, etc.). Elle encercle ces aspects sur les feuilles d'animation où sont inscrites les notes qu'elle a prises. Elle leur indique parmi les points relevés ceux qui seront couverts dans ce programme, ceux qui seront plus approfondis; elles leur mentionne les points qui ne sont pas communs ou qui n'apparaissent pas dans les cas présentés mais qui seront abordés. Les participants-es regardent et

écoutent; ils interviennent s'ils le veulent.

Durée: 10 minutes
Ressource: - les feuilles d'animation sur lesquelles sont inscrites les notes prises lors de l'activité précédente, stylo feutre
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectif: 3.1 et présentation du programme de formation

6- Exposé avec acétates: l'animatrice leur expose un aperçu général de la situation des MTS et du sida quant aux aspects épidémiologiques pour la population québécoise et pour les jeunes en particulier. Elle mentionne les principaux événements historiques sur le sida. L'animatrice distribue un document-synthèse. En se servant du rétroprojecteur et d'acétates, elle souligne les principaux points concernant le sida et certaines MTS quant aux divers aspects biomédicaux: épidémiologie, transmission, symptômes et traitement qui sont présentés dans le document-synthèse. Elle demande aux participants-es non familiers avec ces informations de lire ultérieurement et au complet la documentation à la maison. Les participants-es regardent et écoutent; ils interviennent s'ils le veulent.

Durée: 20 minutes
Ressource: - les feuilles d'animation sur lesquelles sont inscrites les notes prises, stylo feutre
- une pochette de documentation par participant-e (sur les aspects épidémiologiques, les modes de transmission, du sida et des MTS, sur les symptômes, le dépistage, les traitements)
- acétates, rétroprojecteur, écran
Contenu: 1.1, 1.2, 2.2 à 2.5, 6.1,6.2
Objectif: 1.1

7- Visionnement d'un extrait d'un vidéo: L'animatrice annonce qu'il s'agit d'un film sur le VIH et les mécanismes de l'infection. Elle signale les points à remarquer et met l'appareil en marche. Les participants-es écoutent et regardent.

Durée: 20 min.
Ressource: Vidéo sur le VIH et sa progression dans l'organisme(titre à déterminer), unité de visionnement
Contenu: 2.1 à 2.4
Objectifs: 1.1, 1.2

8- Questions-réponses: L'animatrice demande aux participants-es de poser leurs questions sur le contenu du vidéo. Les participants-es qui le veulent s'expriment. Au besoin, l'animatrice redirige les questions vers le groupe ou explique certains points.

Durée 10 min.
Ressource: aucune
Contenu: 2.1 à 2.4
Objectifs: 1.1, 1.2

L'animatrice annonce ce qui sera vu dans le prochain bloc d'activités

Durée: 2 min.

Pause- dîner, si la séance dure une journée,
ou départ si la première séance est de 3 heures

9- Visionnement d'un vidéo: L'intervenante introduit un vidéo qui présente des témoignages de personnes vivant avec le sida, et qui abordent les points suivants: comment se sont passés la contamination, le dépistage, le conselling pré-postest de dépistage, l'évolution de la maladie, les traitements, son vécu, ses besoins, ce que la personne éprouve maintenant et ce qu'elle a éprouvé, les réactions de son entourage, sa vision de la mort. Elle demande aux participants-es de noter leurs réactions et commentaires face aux aspects qui les frappent. Elle met l'appareil en marche et les participants-es écoutent et regardent le vidéo.

Durée: 50 minutes
Ressource: - Vidéo présentant des témoignages de personnes vivant avec le sida
- Unité de visionnement

Contenu: 2.4,2.5, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5.1
Objectifs: 1.1, 1.2, 3.2, 3.3

10- Exposé informel avec animation-discussion: L'animatrice demande aux participants-es d'exprimer leurs commentaires et réactions sur ce qu'ils viennent d'entendre, de faire le point sur leurs réactions à l'égard des personnes atteintes. L'animatrice reformule et fait des reflets au besoin. Elle reprend aussi les éléments de contenu qui s'appliquent à l'ensemble des personnes vivant avec le sida. Les participants-es écoutent et ceux qui le veulent s'expriment à tour de rôle.

Durée: 20 minutes
Ressource: Aucune
Contenu: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 9.1
Objectifs: 1.1, 1.2, 3.2, 3.3

11- Exposé à l'aide d'acétates: L'animatrice distribue à chacun des feuilles-synthèse qui illustrent les comportements qui servent de voies de transmission à l'infection au VIH et aux MTS en général. En se servant d'acétates qui exposent ces mêmes illustrations, l'animatrice décrit les comportements à risque. Les intervenants-es regardent et écoutent. S'ils le désirent, ils posent leurs questions et l'animatrice y répond.

Durée: 15 min.
Ressource: - acétates illustrant les comportements risqués
- rétroprojecteur
- feuilles-synthèse illustrant les acétates et distribuées à chacun et chacune
Contenu: 2.2, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.2

Pause: 10 min.

12- Atelier: L'animatrice demande de former groupes de 3-4 personnes. Elle demande de chercher à établir trois définitions les plus précises possible et les plus englobantes possible de la notion de" risque perçu de contracter la maladie" : la première représente la notion que possèdent les jeunes, la deuxième représente la notion que possèdent leurs parents et la troisième, celle que possèdent les participants-es à titre d'intervenants-jeunesse. L'animatrice demande d'inscrire ces définitions sur une feuille d'animation. Les participants-es s'exécutent.

Durée 30 min.
Ressource: 4 feuilles 36x24 po, 4 stylos feutres
Contenu: 1.3, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.4

13- Plénière: L'animatrice demande à chaque équipe d'afficher sa feuille-synthèse et de lire à haute voix les définitions présentées. Les équipes présentent à tour de rôle leurs définitions. L'animatrice fait des reformulations au besoin ou pose des questions de précision. Elle indique aux participants-es qu'ils peuvent eux aussi poser des questions d'éclaircissement.

Durée 10 min.
Ressource: feuilles d'animation de l'activité 12
Contenu: 1.3, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.4

14- Exposé: L'animatrice indique aux participants-es les points communs et les différences entre les équipes et entre les notions des jeunes, ensuite entre les notions des parents puis entre les notions des intervenants-es. L'animatrice indique aussi les différences entre la notion des jeunes et celles des parents et des intervenants-es. Elle indique également ce que cela implique pour l'intervention en prévention du sida et des MTS auprès de la jeunesse et mentionne les déterminants inhibant les comportements préventifs. Les participants-es écoutent.

Durée 15 min.
Ressource: feuilles d'animation de l'activité 12
Contenu: 1.3, 5.2, 7.1, 7.3
Objectifs: 1.1, 1.4, 2.4, 3.2

15- Exposé: l'animatrice distribue un résumé écrit provenant des données d'enquêtes québécoises sur les caractéristiques des jeunes: valeurs, attitudes face à la prévention du sida et des MTS, connaissances, comportements à risques d'infection. Elle en résume l'essentiel en se servant d'acétates. Les participants-es regardent et écoutent.

Durée 15 min.
Ressource:- acétates résumant les données d'enquête
- Résumés écrits des données d'enquête avec les références
Contenu: 1.3, 7.1
Objectif: 1.4

16- Animation: L'animatrice demande aux participants-es de dire quels sont aspects de cette description qui reflètent ou ne reflètent pas leur clientèle respective de jeunes. Elle leur demande aussi les implications de ces caractéristiques sur l'intervention en prévention auprès des jeunes. Les participants-es qui le veulent font leurs commentaires.

Durée: 15 min.
Ressource: résumés écrits des données d'enquête
Contenu: 1.3, 5.2
Objectif: 1.4, 3.3

Clôture: L'animatrice résume sommairement le contenu couvert depuis le début et annonce les sujets abordés dans le prochain bloc d'activités.

Durée: 3 min.

Fin de la première partie de la formation

Accueil: 5 min.

17- Exposé: En se servant d'acétates, l'animatrice présente un résumé de la description des mesures préventives contre le sida et les autres MTS et attire l'attention sur les comportements sexuels. Elle distribue le résumé écrit aux participants-es. Ces derniers écoutent.

Durée: 15 min
Ressource: - résumés écrits des comportements préventifs
- acétates et rétroprojecteur
Contenu: 7.2, 7.2.1
Objectif: 1.3

18- Exposé: L'animatrice annonce le sujet du prochain atelier: l'utilisation du condom et la désinfection de seringues. Elle explique les caractéristiques d'une bonne explication et d'une bonne démonstration. Elle distribue un résumé des recommandations à cet effet. Les participants-es écoutent.

Durée 10 min
Ressource: - résumé écrit sur le déroulement d'une explication et d'une démonstration fondé sur Brown (1980). Bien faire un cours, un exposé, une conférence.
Contenu: 8.2
Objectifs: 2.2

19- Démonstration-expérimentation: L'animatrice demande aux participants-es de se grouper en équipes de 2 personnes. Chaque équipe reçoit un ensemble composé de condoms, d'un modèle de pénis artificiel, de lubrifiant, de seringues avec aiguilles et de petites bouteilles d'eau de Javel et d'eau. L'animatrice demande que l'équipe prenne d'abord environ 5 minutes pour se préparer à l'explication et à la démonstration de la pose du condom et de la désinfection de seringues. Elle demande qu'ensuite, chacun des membres de l'équipe fasse pendant 10 minutes chacun, l'explication et la démonstration de la pose du condom sur le modèle de pénis et de la désinfection de seringues. Elle demande également au membre de l'équipe qui observe pendant ce temps, de prendre le rôle d'un jeune à qui s'adresse la démonstration et de prendre part à celle-ci à ce titre. L'animatrice indique aussi que les observateurs commentent la démonstration et l'explication donnée par son co-équipier ou sa co-équipière. Les participants-es s'exécutent.

Durée: 20 min.
Ressource:- 1 condom par participant-e, l'ensemble étant de marques et de couleurs différentes
- 1 modèle de pénis artificiel par équipe
- 1 lubrifiant par équipe
- 1 seringue avec aiguille par équipe
- 1 petit contenant d'eau de Javel par équipe
- 1 petit contenant d'eau par équipe

Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.1, 8.3, 8.4
Objectifs: 2.2

20- Démonstration: L'animatrice demande deux volontaires pour faire la démonstration et l'explication "parfaites", l'un pour le condom et l'autre, pour la désinfection de seringues. Les deux volontaires (ou l'animatrice, en l'absence de volontaires) expliquent et démontrent à tour de rôle la pose du condom et la désinfection de seringues. L'animatrice demande aux participants-es de conseiller au besoin les deux volontaires et voit à rectifier la démonstration ou l'explication si nécessaire. Les autres participants-es écoutent, regardent et interviennent au besoin

Durée: 10 min.
Ressource: - 1 condom, lubrifiant, un modèle pénien
- 1 seringue, 1 contenant d'eau de Javel et 1 contenant d'eau

Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.2
Objectifs: 2.2

21- Exposé: L'intervenante présente divers guides d'activités ou programmes employés en prévention. En recourant à des acétates présentant des exemples des activités suggérées par ces documents, elle expose un résumé des stratégies appliquées dans cette documentation. Elle attire l'attention sur les ressources offertes aux jeunes en matière de MTS-sida (ex. clinique MTS) Les participants-es regardent et écoutent.

Durée 30 min.
Ressource: - Partie complémentaire au volet Éducation à la sexualité, sur le sida, du Programme scolaire de Formation Personnelle et Sociale
- 5 différents guides d'activités produits au Québec pour la prévention du sida et des MTS chez les jeunes
- acétates résumant les stratégies
- résumés écrits avec les références, des stratégies et types d'activités proposés

Contenu: 7.4, 8.1, 8.3, 8.4
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.5

Pause: 10 min.

22- Atelier d'exploration de ressources et de création d'activités: L'animatrice demande aux participants-es de constituer 4 équipes. Elle leur demande de préparer en équipe une activité éducationnelle de prévention sida-MTS qu'ils n'ont encore jamais faite, qu'ils choisissent parmi celles qui sont suggérées dans les documents présentés à l'activité 21 ou qu'ils créent en s'en inspirant. L'animatrice indique aussi qu'ils feront avec le groupe un extrait de 10 minutes provenant de cette activité. Elle leur dit que trois équipes présenteront avant la fin de cette partie des activités et deux équipes, au retour. L'un des membres de l'équipe agira comme intervenant-e et tout le reste du groupe ou un membre du groupe emprunteront le rôle des jeunes ou du jeune impliqués par cette activité. L'animatrice leur indique qu'ils disposent de certains matériaux: acétates, affiches, documentation de leur pochette, feuilles-support des guides d'activités,

condoms et modèles péniens, seringues, etc. Elle indique aux participants-es que les équipes devront travailler à partir de guides d'activités différents de sorte qu'un éventail soit présenté à tous et toutes lors des mises en situation qui auront lieu devant le groupe. Elle demande aux participants-es s'ils ont des questions et y répond le cas échéant. Les participants-es se regroupent et font l'atelier.

Durée: 40 min.
Ressources: - un guide d'activités éducationnelles par équipe
- Des acétates provenant de ces guides
- Des cartons, papiers, stylos-feutres
- Condoms, lubrifiant, seringues, etc.
Contenu: 8.1, 8.3, 8.4, 9.6
Objectifs: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5

23-A) Mises en situation: L'animatrice demande que 2 des équipes présentent à tour de rôle un extrait de 10 minutes d'activités éducationnelles et que les autres prennent le rôle des jeunes visés. Elle demande aussi de prendre des notes sur les points à améliorer ou sur les idées d'intervention que cela leur donne. Les équipes font les activités à tour de rôle

Durée: 25 min.
Ressource: même que pour l'activité 22
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1 à 2.5

24- A) Exposé informel et animation-discussion: L'intervenante demande aux participants-es de commenter les deux activités éducationnelles qui ont eu lieu. Elle fait elle aussi ses commentaires.

Durée 10 min.
Ressource: aucune
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.4, 2.5

L'animatrice annonce le sujet du prochain bloc d'activités

Pause- dîner, si la séance dure une journée,
ou départ si la séance est d'environ 3 heures

Accueil (5 min.)

23-B) Suite des mises en situation: L'animatrice demande que les 2 autres équipes présentent à tour de rôle un extrait de 10 minutes d'activités éducationnelles et que les autres prennent le rôle des jeunes visés. Elle demande aussi de prendre des notes sur les points à améliorer ou sur les idées d'intervention que cela leur donne. Les équipes font les activités à tour de rôle

Durée: 25 min.
Ressource: même que pour l'activité 22
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5

24-B) Suite de l'exposé informel avec animation-discussion: L'intervenante demande aux participants-es de commenter les deux activités éducationnelles qui ont eu lieu. Elle fait elle aussi ses commentaires.

Durée 10 min.
Ressource: aucune
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.4, 2.5

25- Brainstorming: L'animatrice demande aux participants-es de dire ce qu'il faut posséder comme qualités pour être aptes à exercer leur rôle d'intervenants-es auprès des jeunes dans la prévention du sida et des autres MTS. Elles demande de résumer ces éléments en un ou deux termes qu'elle inscrit pour former une liste au tableau. Au besoin, elle pose des questions de sorte que les aspects suivants soient couverts: attitudes d'acceptation, esprit ouvert, réceptivité face à la sexualité, à l'homosexualité, face aux personnes atteintes, face à la consommation de drogues par les jeunes, face aux jeunes, les valeurs, les habiletés, les

connaissances. L'animatrice demande également des aspects que peuvent avoir les intervenants-es et qui sont susceptibles de nuire à leur travail d'intervention auprès des jeunes en prévention sida-MTS. Elles demande de résumer ces éléments en un ou deux termes qu'elle inscrit pour former une seconde liste au tableau. Au besoin, elle pose des questions de sorte que les aspects suivants soient couverts: attitudes défavorables, craintes, limites, réticences, préjugés. Les participants-es émettent leurs idées et l'animatrice inscrit leurs réponses rapidement au tableau et introduit, au besoin, des questions sur les sujets mentionnés.

Durée: 30 min.
Ressource: aucune
Contenu: 9.1 à 9.6
Objectifs: 3.1, 3.2, 3.3

26- Animation-discussion: L'animatrice demande aux participants-es quelles sont leurs propres qualités et leurs propre limites ou craintes personnelles comparé à ce qui est inscrit au tableau; elle leur demande également ce qu'ils entendent faire pour améliorer leur propre situation. Au fur et à mesure qu'ils s'expriment, elle reformule et fait des reflets. Les participants-es s'expriment à tour de rôle.

Durée: 20 min.
Ressource: les deux listes inscrites au tableau
Contenu: 9.1 à 9.6
Objectifs: 3.1, 3.2, 3.3

Clôture: L'animatrice résume ce qui a été couvert par le programme et les informe que la pause sera suivie de l'évaluation écrite du programme.

Durée: 5 min.

Pause: 10 min.

L'animatrice rappelle aux participants-es qu'ils recevront une attestation d'études non créditées de l'UQAM, que nous devrons les recontacter pour leur faire parvenir cette attestation et qu'il est de la plus haute importance pour la recherche que nous ayons leurs coordonnées à jour afin de les recontacter à l'automne 92 pour le post-postest. L'animatrice remercie les participants-es pour leur collaboration.

Fin de la formation

Évaluation (60 min.): Les participants-es répondent individuellement et par écrit au questionnaire d'évaluation.

ANNEXE 3:

Résultats du jugement sur le programme "virtuel"

Tableau Ia) Résultats des jugements des experts (n=6) sur le sida sur la concordance entre les objectifs du programme virtuel et ceux des programmes québécois de formation d'intervenants

Objectifs -concordance...	Degré de concordance: fréquence des réponses 0 aucune	1 peu	2 moyenne	3 bonne	4 totale
A) Les objectifs généraux du programme virtuel et leur ensemble respectif d'objectifs spécifiques des programmes québécois					
1- Aborder la problématique du sida sous différents angles Commentaires: - il manque MTS	0	0	0	3	3
2- Se familiariser avec les stratégies et moyens d'intervention éducative en prévention des MTS et du sida	0	0	0	1	5
3- Développer ses qualités comme intervenant-e impliqué-e dans la lutte contre le sida Commentaires: - il manque MTS	0	0	0	3	3
B) Les objectifs spécifiques du programme virtuel et leur ensemble respectif d'objectifs spécifiques des programmes québécois					
Note: Dans la plupart des programmes québécois analysés, les objectifs présentés l'étaient en termes généraux. Des objectifs spécifiques ont donc été formulés pour le programme virtuel de manière à préciser ce qui est visé par les programmes québécois.					
1.1 Avoir un aperçu global de la problématique du sida, des MTS et de ses différents aspects: épidémiologique, bio-médical, psychosocial, éthique et moral, sexologique, préventif et éducationnel	0	0	0	3	3
1.2 Décrire l'évolution des événements entourant l'infection au VIH, partant des comportements susceptibles d'être la voie de transmission du virus jusqu'au sida en phase terminale, en passant par l'étape du dépistage Commentaires: *parce que axés sur le sida, oublie les MTS	0	1*	0	2	3
1.3 Décrire les comportements préventifs face au sida et aux autres MTS	0	0	1	2	3
1.4 Distinguer les caractéristiques des jeunes de celles des adultes, en termes de valeurs, de mode de pensée, de perception du risque, et autres aspects pertinents	0	0	0	3	3
2.1 Dans ses interventions actuelles ou éventuelles auprès des jeunes, adopter des stratégies éducatives appropriées: de modification des comportements, de développement d'habiletés, de stimulation de la réflexion, de support aux jeunes et de référence à d'autres ressources	0	0	1	2	3

Tableau Ia)-suite Résultats des jugements des experts (n=6) sur le sida sur la concordance entre les objectifs du programme virtuel et ceux des programmes québécois de formation d'intervenants

Objectifs -concordance...	Degré de concordance: fréquence des réponses 0 aucune	1 peu	2 moyenne	3 bonne	4 totale
B) Les objectifs spécifiques du programme virtuel et leur ensemble respectif d'objectifs spécifiques des programmes québécois-suite					
2.2 Utiliser adéquatement ses habiletés d'animation, de démonstration, de communication, d'informateur, de planification	0	0	0	2	4
2.3 Explorer le matériel et les ressources disponibles, ou en concevoir au besoin, pour l'intervention préventive auprès des jeunes	0	0	0	2	4
2.4 Entreprendre ou consolider les activités de prévention du sida et des MTS auprès des jeunes	0	0	1	3	2
2.5 Se doter d'outils éducationnels appropriés pour l'intervention préventive auprès des jeunes	0	0	1	0	5
3.1 Examiner ses propres caractéristiques personnelles (ses valeurs, attitudes, craintes, limites, forces, etc.) et leurs liens avec ses interventions auprès des jeunes dans le domaine de la prévention du sida et des autres MTS	0	0	0	0	6
3.2 Attacher de l'importance à l'exercice de son rôle d'agent en éducation face au sida et aux MTS, et en promotion de la santé sexuelle	0	0	0	3	3
3.3 Démontrer une attitude positive face aux sujets impliqués par le domaine du sida, des MTS et de leur prévention, et à l'égard des personnes atteintes, de l'homosexualité et des jeunes. Commentaires: - serait-il pertinent d'ajouter: "... de l'homosexualité, de la toxicomanie" ?	0	0	1	0	5

Tableau Ib) Commentaires des experts (n=6) sur le sida, sur la pertinence du contenu du programme virtuel pour représenter celui des programmes québécois de formation d'intervenants

---

Contenu :1. Aperçu général du sida
1.1Épidémiologie et prévalence
1.2 Origine historique
1.3 Les jeunes et le sida

Commentaires:
-pertinent
- o.k.
- ce bloc me semble très important comme assise à la formation; il faudrait voir à approfondir la problématique "les jeunes et le sida" (préjugés, valeurs, etc.)
- ces éléments sont importants et essentiels dans une formation afin que les participants possèdent des données de base communes pour poursuivre la formation. Cependant, on a tendance à y accorder trop d'importance dans beaucoup de formations
- 1.2 origine historique: me semble moins pertinent par rapport au contenu des autres; le reste est très pertinent
- o.k.; 1.2: cette partie est-elle nécessaire? Ne risque-t-on pas de susciter des débats sur le fait que les uns croient que le sida origine du singe vert, d'autres des américains, d'autres des anglais?

Contenu: 2. Les aspects biomédicaux du sida
2.1 Description du VIH et de l'infection
2.2 Mécanismes de transmission du VIH
2.3 Symptômes de l'infection et évolution
2.4 Dépistage (tests et suivi)
2.5 Traitements et soins

Commentaires:
- pertinent
- o.k.
- 2.5 semble représenter une faiblesse au contenu
- très pertinent; 2.2: mettre l'accent sur les niveaux de risque de divers comportements et voir qu'il n'y a que quelques situations vraiment risquées. "Traitements et soins" n'est valable que pour des personnes plus concernées
- très pertinent
- o.k.; 2.2: plutôt que "mécanismes", pourquoi ne pas dire "modes"; 2.4: plutôt que "suivi", pourquoi ne pas dire conselling?

Contenu: 3. Les aspects psychosociaux du sida
3.1 La personne vivant avec le sida: vécu,
émotions, sentiments, besoins, souffrance, mort
3.2 Attitudes et comportements face aux personnes

Commentaires:
- pertinent
- cette section deviendra de plus en plus pertinente au fur et à mesure que les personnes atteintes émergeront. Serait-il vraisemblable de supposer que les proches des personnes atteintes nécessiteront également une compréhension et une aide particulières?
- la problématique psycho-sociale déborde largement les personnes atteintes (parenté, amies-amis, conjoint, personnel soignant, etc.)
- très pertinent; à ce sujet, l'approche avec témoignage de personnes atteintes est la plus efficace
- très pertinent; pourrait être approfondi pour augmenter la représentation des contenus autres
- o.k.

Tableau Ib)-suite Commentaires des experts (n=6) sur le sida, sur la pertinence du contenu du programme virtuel pour représenter celui des programmes québécois de formation d'intervenants- suite

---

Contenu:4. D'autres aspects du sida:
4.1 Éthique-moral, confidentialité
4.2 Socio-légal et économique

Commentaires:
- 4.1 pertinent, 4.2 moins pertinent
- hautement pertinent en regard de la résistance manifeste des milieux de la santé et des services sociaux qui veulent rendre obligatoire le dépistage du VIH. Aussi, au niveau purement éthique, l'euthanasie passive et active devrait être abordée comme phénomène montant
- besoin d'approfondir les défis relavant de cette problématique; tout n'est pas une question d'attitude; étoffer ce contenu
- aspects importants mais doivent être adaptés et limités selon le type d'apprenants
- très pertinent
- o.k.

Contenu:5. Interventions
5.1 Conselling (pré-postest et auprès des personnes atteintes)
5.2 Éducation-information

Commentaires:
- 5.1 moins pertinent; 5.2 très pertinent
- o.k.
- pas seulement les personnes atteintes; élargir le discours
- très pertinent, encore une fois; certains aspects comme le conselling n'ont pas à être couverts de façon importante pour tout intervenant. Il faut prévoir des niveaux à atteindre
- très pertinent
- o.k.

Contenu: 6. Les autres Maladies Transmissibles Sexuellement (MTS): informations de base
6.1 Prévalence
6.2 Aspects bio-médicaux
- Symptômes
- Transmission
- Dépistage
- Traitement

Commentaires:
- pertinent
- sans doute pertinent. Cependant si l'emphase est mise sur la prévention su sida, par ricochet plusieurs MTS seront mises en échec. Contenu suffisant
- o.k.
- très pertinent de toucher la problématique des MTS, car elles touchent tout particulièrement les jeunes et de façon plus importante que le sida
- moyennement pertinent
- o.k.

Tableau Ib)-suite Commentaires des experts (n=6) sur le sida, sur la pertinence du contenu du programme virtuel pour représenter celui des programmes québécois de formation d'intervenants- suite

---

Contenu:7. Prévention-promotion de la santé
7.1Situations et comportements à risque d'infection
7.2 Mesures préventives
7.2.1 Prévention dans la transmission sexuelle
7.2.2 Le condom
- Efficacité, caractéristiques, disponibilité, sécurité, coûts...
7.2.3 Seringues non échangées
- Désinfection, stérilisation
7.3 Déterminants pour l'adoption d'un comportement sécuritaire
7.4 Les ressources: disponibilité et accessibilité
Ex.: guide d'activités éducationnelles, clinique MTS

Commentaires:
- très pertinent
- complet! 7.4: est-il également question des lieux de distribution de seringues et ou de condoms?
- tout à fait pertinent; reste à savoir si les programmes iront assez loin au niveau de l'information
- Ce volet est l'un des plus important. C'est celui où l'on peut être le plus créatif en formation. Le travail doit être beaucoup axé sur les déterminants; 7.2.3 : attention ne pas confondre avec les "programmes d'échanges" de seringues... emprunt de seringues, seringues souillées.
- tous très pertinents
- o.k.

Contenu: 8. Comment intervenir
8.1 Stratégies appliquées en prévention auprès des jeunes et en éducation sexuelle
8.2 Communication
- Comment transmettre les messages
8.3 Les activités d'apprentissage suggérées
8.4 Les outils d'intervention

Commentaires:
- très pertinent
- o.k.
- toutes les clientèles de jeunes semblent être visées: o.k.
- ce volet est directement relié au précédent. C'est très pertinent. Il touche la compétence et la capacité d'intervenir. Cet aspect est souvent absent de formation et c'est pourtant ce dont les intervenants ont besoin.
- très pertinents
- o.k.

Tableau Ib)-suite Commentaires des experts (n=6) sur le sida, sur la pertinence du contenu du programme virtuel pour représenter celui des programmes québécois de formation d'intervenants- suite

---

Contenu: 9. L'intervenant-e
9.1 Ses attitudes
- face aux personnes atteintes, aux comportements sécuritaires, etc.
9.2 Ses valeurs
9.3 Ses craintes
9.4 Ses limites
9.5 Ses comportements
9.6 Son rôle auprès des jeunes

Commentaires:
- très pertinent
- sans doute la section la plus importante. Complète!
- 9.4: je me questionne; une des limites semble être la méconnaissance des systèmes. Que faire et aucun contenu à ce propos
- Très pertinent; c'est la première étape à franchir avant toute intervention. Peut-être que cette section devrait venir plus tôt dans la formation
- très pertinent
- o.k.

Tableau Ic) Résultats des jugements des experts (n=6) sur le sida sur la concordance entre les activités du programme virtuel et celles des programmes québécois de formation d'intervenants

Activités de formation	Degré de concordance: fréquence des réponses				
	0 aucune	1 peu	2 moyenne	3 bonne	4 totale
Concordance entre les activités du programme virtuel et celles des programmes québécois	0	0	0	3	3

Tableau Id) Résultats des jugements d.s experts (n=6) sur le sida, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et l'ensemble des programmes québécois de formation d'intervenants

Degré de concordance: fréquence des réponses				
0	1	2	3	4
aucune	peu	moyenne	bonne	totale
0	0	0	3	2*

* n=5, un des juges ayant omis de répondre

Ie) Commentaires généraux fournis par les experts sur le sida, sur le programme virtuel

- Le programme-modèle concorde avec les programmes analysés. J'ai plutôt vu un problème entre le programme-modèle et les besoins de formation

- Le programme-modèle étant de toute évidence exhaustif, tout commentaire semble exclus. L'effort de systématisation des contenus est essoufflant et révélateur du travail accompli. "Juger" d'une telle performance qualitative facilite bien entendu la tâche. Un danger toutefois: la perfection cache souvent un vice! Souvent oubliés, les proches des personnes atteintes: ami, parents, partenaires, conjoint, enfants, sont à considérer. Ces réseaux constituent la première ligne d'intervention et de support. Il faut les considérer et surtout ne pas s'y substituer.

Par expérience, lors d'une manipulation de condoms et de modèles péniens, un seul condom est nettement insuffisant. Sur 56 éducateurs formés récemment, aucun n'avait utilisé de condoms. L'expérimentation en soi fut une aventure haute en couleur. Important de mentionner qu'il s'agit de lubrifiant à l'eau

- Le scénario du programme-modèle me semble "concordant" avec la problématique. Il faudrait toutefois prolonger la réflexion, les contenus et approfondir certaines parties de la formation.

Les clientèles-jeunes seront-elles vraiment respectées?

Je note une certaine ignorance des systèmes dans lesquels les formatrices et formateurs auront à oeuvrer. Les défis, barrières sont pourtant à ne pas négliger.

Le plan de formation me fait penser à certaines formations: manque de perspective de continuité, formation arrêtée dans le temps: grave erreur.

Le temps consacré à la formation me semble vraiment trop court: est-ce possible de revoir?

Je suis très curieux de revoir les contenus plus précis du scénario. Il me paraît avoir vu un projet-vertu. Qu'en sera-t-il du document final?

Le programme devrait-il ouvrir la problématique aux personnes en contact avec les personnes HIV ou atteintes de sida?

- Le programme me semble très complet et très bien structuré. Il me semble très pertinent d'avoir des activités centrées sur le formateur, sur les participants et sur le rôle des participants envers les jeunes. Les approches d'apprentissage sont très variées et permettent de stimuler l'intérêt. J'aimerais, comme intervenant, bénéficier de ce programme.

Il serait bon de suggérer une adaptation du modèle en fonction des priorités si la formation effectuée est plus courte que celle prévue.

Notez que certains objectifs généraux ou spécifiques ne sont pas concordants avec les programmes québécois parce qu'ils ne se rapportent pas aux MTS

Il serait intéressant d'expliquer pourquoi la réflexion sur les attitudes des intervenants vient à la fin et pas plus tôt dans la formation. Il me semble que cet exercice doit se faire avant les activités d'intervention-prévention. À ce sujet, je joins une proposition d'activités faites lors d'une formation (...) et qui a été très efficace.

Ie) suite: Commentaires généraux fournis par les experts sur le sida, sur le programme virtuel

- L'activité 25 et 26 me semble placée trop tard. Pour atteindre les objectifs 3.1 et 3.2, il faudrait que cette activité arrive tôt dans la formation. L'impact des autres activités serait plus grand après cette conscientisation. Elle peut être menaçante pour un participant découvrant qu'il lui manque plusieurs éléments. Les autres activités lui offriraient la possibilité de ventiler ses craintes et d'assimiler certains points. Plus motivant que si laissé à la fin avec ce diagnostic...

- Activité 14: il est écrit que l'animatrice mentionne les déterminants inhibants les comportements préventifs. Il me semble qu'elle devrait aussi aborder les facteurs prédisposants, facilitants, etc. ainsi, elle aborderait les aspects positifs aussi...et non seulement les aspects négatifs

Activité 19: revoir la durée totale de 20 min.

Pour le reste, tout est très bien!

Dans le tableau II qui suit, les termes "étudiants, élèves, etc." employés dans la description sommaire des modèles correspondent au terme "participants ou intervenants-participants". Les termes "enseignant, professeur, maître, etc." employés dans la description des modèles correspondent au terme "animatrice" dans le programme-type. Le terme "enseignement" ou "école" employé dans les descriptions des modèles doit être pris pour "intervention de formation" dans le cas du programme-type tandis que le terme "éducation" correspond à "formation"

Tableau II: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
1. Éducation concentrée et autodidaxie (A. Moles)					
1.1 "Le système de concentration dans l'espace (école, université, etc.) est essentiellement une concentration des êtres humains dans l'espace et dans le temps en vue d'un but bien défini, selon un apprentissage plus ou moins systématisé sur la base d'un micro mass-média, un professeur et des étudiants,par les principes de la 'division du travail', de la 'réceptivité maximale' et de 'l'opitimisation du rendement'. "	0	1	3	0	1
1.2 Le " concept d'autodidaxie, se définit par l'apprentissage, l'acquisition de réflexes, de connaissances ou de valeurs sans être localisé dans l'espace et dans le temps. L'éducation est synonyme de la vie et l'autodidaxie est un aspect du processus vital."	3	0	2	0	0
2. Les conceptions mécaniste et organique de l'éducation (Conseil Supérieur de l'Éducation)					
2.1 "La conception mécaniste stipule que le professeur est un transmetteur qui émet des informations et que l'étudiant est un récepteur qui les enregistre; ainsi l'enseignement est un processus de transmission et l'apprentissage un processus de réception."	0	2	2	1	0
2.2 "La conception organique définit l'apprentissage comme une 'expérience active qui se passe toute entière dans la vie intérieure de l'étudiant'; ce dernier possède le dynamisme et les ressources pour effectuer cette expérience, l'accomplir et lui donner un caractère authentique."	0	1	3	1	0
3. Les deux tendances fondamentales en éducation (M. Marien)					
3.1 "Les systèmes fermés d'enseignement sont centrés sur le professeur ou l'institution et ont, comme objectifs, entre autres, la socialisation, l'entraînement, la transmission des valeurs, la formation intellectuelle et morale."	0	1	3	1	0
3.2 "Les systèmes ouverts d'apprentissage sont centrés sur l'étudiant ou l'enfant et ont comme objectifs, entre autres, le développement intégral de la personne, l'analyse de l'héritage culturel, la remise en question, ' l'apprendre à apprendre'. "	0	1	2	1	1

Tableau II-suite: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
4. L'école traditionnelle et l'école nouvelle (S. Mollo)					
4.1 "L'école traditionnelle dispense la plus grande partie de son enseignement sous forme de leçon didactique et magistrale."	0	3	1	1	0
4.2 "L'école nouvelle supprime la leçon magistrale au profit d'une participation active (...)[de l'apprenant] à la création du message pédagogique."	0	0	3	1	1
5. Les trois modèles de l'institution scolaire (P. Angers)					
5.1 "Dans le modèle 1(...), l'objet domine le sujet qui doit se conformer à un modèle de développement de la personne qui lui est extérieure et supérieure."	0	3	2	0	0
5.2 "Dans le modèle 2 (...), le sujet domine l'objet et construit dans la solitude son modèle intérieur qu'il projette sur le monde et sur autrui."	1	3	1	0	0
5.3 "Le modèle 3 (...) se définit par un rapport de complémentarité et de fécondation entre le sujet et son environnement de sorte que la croissance personnelle résulte de l'interaction de l'individu et de l'environnement."	0	0	1	3	1
6. Les trois pensées rivales (J. Légaré)					
6.1 "La pensée catholique se distingue par 'ses mots d'ordre impératifs sur l'esprit de charité, la volonté, la sexualité, l'humanisme, l'autorité, le sens du devoir'. Cette pensée contient les vertus proprement éducatives: générosité, maîtrise de soi, dévouement, bonté, fermeté et sens du devoir. 'Dans la pensée catholique, le maître commande avec fermeté et compréhension. L'acte pédagogique est une contrainte respectueuse de l'éducateur sur l'étudiant. Celui-ci obéit avec respect et fait acte de confiance. Le maître est déjà rendu là où l'étudiant est appelé à se rendre'."	2	2	1	0	0
6.2 "La pensée libertaire est rousseauiste (...) Le moi étudiant est le jugement dernier. Cette pensée 'part du moi individuel et s'y arrête. Elle est prête à ramifier tout le collectif et le social parce qu'à ses yeux le collectif et le social sont des abstractions."	3	2	0	0	0
6.3 "La pensée marxiste (...) est agressive, nouvelle, très dynamique et révolutionnaire. (...) Pour le marxiste, le tout (l'école) précède la partie (l'écolier) (...) le maître doit briser chez l'étudiant l'aliénation capitaliste, lui faire découvrir que la vertu individuelle ne peut naître que de l'épuration de la société et de la disparition de toute forme d'exploitation."	5	0	0	0	0

Tableau II-suite: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
7. Les trois courants de l'idéologie éducationnelle (Kohlberg et Mayer)					
7.1 "La transmission culturelle consiste à transmettre les connaissances et les valeurs qu'on trouve dans la tradition académique et classique de l'Occident; ce courant limite les variations innovatrices à la technologie éducationnelle et à la modification du comportement pourvu que les dites valeurs et connaissances soient respectées."	2	1	2	0	0
7.2 "Le romantisme, qui prend sa source chez Rousseau, Freud, Sisell, considère que ce qui vient de [l'apprenant] (...) constitue l'aspect le plus important de son développement."	0	2	2	1	0
7.3 " L'éducation progressive ('progressivism') postule que l'éducation doit nourrir les interactions naturelles de [l'apprenant] (...) avec la société en se centrant sur le développement qui se fait par des étapes psychologiques séquentielles et variables. Il s'agit de développer la pensée par la présentation de problèmes ou de conflits cognitifs ('experimental problem-solving situations')."	0	2	0	2	1
8. Les quatre familles de modèle d'enseignement (Joyce et Weil)					
8.1 " Les modèles de traitement de l'information sont centrés sur l'amélioration de la capacité de l'étudiant à traiter de l'information (manipulation de concepts, résolution de problèmes, raisonnement logique, etc.)"	1	0	2	1	1
8.2 "Les modèles de modification du comportement essaient de développer des systèmes séquentiels efficaces d'apprentissage et de modifier les comportements par le contrôle du renforcement."	1	1	2	1	0
8.3 "Les modèles personnalisés sont centrés sur l'individu et sa croissance personnelle. La pédagogie non-directive de C. Rogers (...) a d'ailleurs servi à constituer cette catégorie."	0	2	3	0	0
8.4 " Les modèles de l'interaction sociale mettent en évidence les relations de l'individu avec la société ou ses relations inter-personnelles. Ces modèles visent l'amélioration des capacités de l'individu à se lier aux autres, l'amélioration des processus démocratiques et l'amélioration de la société."	0	1	1	3	0
9. Les quatre styles ou modèles d'enseignement et d'apprentissage (Lapp, Bender, et d'autres)					
9.1 "L'éducation classique est centrée sur la transmission des connaissances acquises; le professeur est conçu alors comme l'expert et le modèle, et l'étudiant comme le destinataire passif."	0	3	2	0	0
9.2 "L'éducation technologique est centrée sur les compétences individuelles des étudiants et sur l'ajustement des contenus au niveau de l'étudiant."	0	2	1	1	1

Tableau II-suite: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
9. Les quatre styles ou modèles d'enseignement et d'apprentissage (Lapp, Bender, et d'autres)-suite					
9.3 "L'éducation personnalisée est centrée sur l'étudiant, ses besoins, ses intérêts, ses expériences et sa croissance."	0	1	1	3	0
9.4 "L'éducation interactionnelle met l'accent sur la recherche en commun de nouvelles valeurs et nouvelles finalités."	0	0	1	4	0
10. Les quatre modèles du curriculum (Butler et Biloruski)					
10.1 "Les modèles de performance (...) sont analogues aux modèles traditionnels axés sur la transmission des connaissances et des valeurs"	1	3	0	1	0
10.2 "Les modèles contractuels fermés (Social Exchange Models) où les étudiants négocient un programme plus ou moins individualisé; ces modèles reposent sur une négociation préalable des conditions et correspondent à l'étape de transition entre le conformisme et la conscience (Loevinger)."	3	1	1	0	0
10.3 "Les modèles contractuels ouverts ne contiennent aucune restriction concernant le processus de négociation et se fondent sur l'autonomie individuelle quant à la définition des objectifs. Ils correspondent aux étapes de la conscience ou du contrat social décrites respectivement par Loevinger et Kohlberg."	2	1	2	0	0
10.4 "Avec le modèle de la communauté expérimentale, le processus d'apprentissage émerge de l'interaction communautaire. Ce modèle correspond aux étapes d'autonomie (Loevinger) et de conscience ou d'orientation normative (principale orientation de Kohlberg). (...) ce modèle propose 'l'improvisation par scénarios' et essaie de connecter la théorie à l'action."	1	0	1	3	0
11. Les quatre modèles ou courants pédagogiques (Conseil Supérieur de l'Éducation)					
11.1 "Le courant traditionnel repose sur une relation de professeur à élève. Le professeur, l'élément actif de la relation, transmet magistralement des connaissances et des valeurs aux étudiants qui doivent les acquérir. Avec le courant traditionnel rénové, l'enseignement est centré également sur le professeur ou l'objet, cependant certaines méthodes traditionnelles y ont subi des transformations par l'adoption, par exemple, de techniques audio-visuelles."	0	2	2	0	1
11.2 "L'enseignement systématique consiste dans l'application d'une démarche rationnelle à l'analyse et à l'organisation du processus enseignement-apprentissage de sorte que l'enseignement s'identifie à l'élaboration et à la mise en oeuvre de stratégies clairement déterminées et orientées vers la maximisation de l'apprentissage."	0	0	2	2	1

Tableau II-suite: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
11. Les quatre modèles ou courants pédagogiques (Conseil Supérieur de l'Éducation)-suite					
11.3 "L'éducation centrée sur la personne (...) 'considère la personne comme libre, responsable, dotée d'initiative et capable de développer sa personnalité' et considère l'étudiant comme l'agent principal de son éducation."	0	2	2	1	0
11.4 "L'éducation centrée sur le groupe (...) prend comme objet la réalité sociale de la classe en se centrant sur le groupe-classe."	0	2	1	2	0
12. Les quatre courants pédagogigues (C. Paquette)					
12.1 "Dans une pédagogie encyclopédique, l'étudiant doit se conformer aux règles (...) en se soumettant à l'autorité de l'enseignant qui (...) le forme selon les principes de la tradition. [L'apprenant] (...) qui apprend bien est celui qui rend le plus exactement possible l'enseignement qu'il a reçu. Ce courant valorise la mémoire, la volonté et l'obéissance."	2	2	1	0	0
12.2 "Dans une pédagogie fermée et formelle, l'étudiant doit devenir 'capable de...'. Plus il aura de compétences, plus il sera autonome. Les apprentissages doivent se faire selon un ordre logique établi par rapport à la discipline et non par rapport à la démarche de [l'apprenant] (...). Le premier apprentissage sert de support à l'apprentissage qui suit. Ce courant valorise la productivité,la rationalité et l'efficacité."	0	3	1	1	0
12.3 " Dans une pédagogie libre [l'apprenant] (...) est roi et maître. Il est source première de toute activité. Tout doit exister en fonction de [l'apprenant] (...).Tout doit venir de [l'apprenant] (...) lui-même, selon ses intérêts du moment.Ce qui importe (...), c'est de maximiser l'expérience et l'aventure individuelles."	1	2	2	0	0
12.4 "Dans une pédagogie ouverte et informelle, l'étudiant possède un appareillage interne lui permettant d'entreprendre une démarche de croissance autonome et personnelle. L'apprentissage est avant tout une prise de conscience des relations que [l'apprenant] (...) fera dans l'environnement éducatif. Ce courant valorisel'autonomie et la liberté."	0	2	1	2	0
13. Les quatre modèles utilisés en éducation au Québec (G.Lépine)					
13.1 " Le modèle de la pédagogie normative 'perçoit l'institution scolaire comme la mise en forme des normes et des valeurs généralement acceptées dans la société' et 'a comme objectif de faire s'approcher les élèves des normes et modèles quantitatifs et qualitatifs préétablis afin qu'ils puissent remplir des fonctions sociales'."	1	3	1	0	0

Tableau II-suite: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
13. Les quatre modèles utilisés en éducation au Québec (G.Lépine)-suite					
13.2 "Le modèle de la pédagogie humaniste institutionnelle 'défend une conception contractuelle des institutions qui sont présentées comme des contrats passés entre des groupes sociaux'. Le modèle favorise l'épanouissement de la créativité, le développement de la compétence et de l'autonomie, l'adaptation au changement et la prise en charge par le groupe de son fonctionnement. (...). L'enseignant y est défini comme animateur. Cette pédagogie (...) 'vise à modifier les institutions existantes et à leur substituer de nouvelles institutions plus flexibles, plus démocratiques, plus épanouissantes'."	1	0	2	2	0
13.3 "Le modèle de la pédagogie de la conscientisation populaire, d'inspiration politique, est centré sur les classes sociales. Le modèle voit les appareils idéologiques d'État (...) comme des appareils d'intégration sociale et culturelle répressifs fonctionnant au service du pouvoir (...) La pédagogie de la conscientisation popu'aire fait appel à l'enseignant qui agit, en tant que militant conscientisé, comme guide dans le processus de démystification."	3	2	0	0	0
13.4 "Avec le modèle de la pédagogie communautaire, (...) 'les élèves vivraient le système de tensions sociales internes et apprendraient à s'insérer dans l'action et la production de la société'. Ce modèle cherche à (...) former des individus engagés dans l'action et la production de la société en vue de l'instauration d'un socialisme de participation. D'inspiration sociologique et centré sur la communauté, il fait appel, comme moyens pédagogiques, au cheminement éducatif personnel et aux découvertes et tensions dans le présent."	2	0	0	2	1
14. Les cinq orientations du curriculum (Eisner et Vallance)					
14.1 "Le rationalisme académique permet (...) d'acquérir les outils intellectuels nécessaires pour participer à la culture occidentale."	2	1	1	1	0
14.2 " Le curriculum comme développement des processus cognitifs cherche le raffinement et l'aiguisement des processus cognitifs et intellectuels."	1	3	1	0	0
14.3 "Le curriculum comme technologie est centré sur la technologie par laquelle la connaissance est communiquée et l'apprentissage facilité."	1	2	1	1	0
14.4 "Le curriculum comme auto-développement est centré sur les intentions personnelles, l'autonomie et la croissance."	0	1	2	1	1
14.5 " Le curriculum comme 'reconstruction sociale' est centré sur la réforme sociale et la responsabilité de l'individu face à l'évolution de la société."	0	0	1	3	1

Tableau II-suite: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
15. Les huit types d'école (J.Grand'Maison)					
15.1 "L'école comme courroie de la machine économique se définit, d'une part, par les pouvoirs économiques dominants qui cherchent à s'asservir l'école et, d'autre part, par le fait que l'école ne peut ignorer le marché du travail dans le contexte d'un régime politico-économique."	2	3	0	0	0
15.2 "L'école, centre intégrateur des apprentissages, met l'accent sur les processus techniques."	1	3	0	0	1
15.3. " L'école techno-bureaucratique, c'est-à-dire l'appareil administratif local et gouvernemental, prend le pas sur le reste. (...) Les énergies sont mobilisées par les mécanismes de fonctionnement de l'appareil. La pédagogie n'apparaît pas alors comme une dimension à privilégier."	4	1	0	0	0
15.4 "L'école communarde se caractérise par des rapports directs entre professeurs et étudiants, une permissivité très poussée, le primat du para-scolaire, la spontanéité des activités, les expériences de contre-culture, le rejet du travail organisé et contraignant, l'intérêt prioritaire pour le ludique, le symbolique et le dramatique (...). La démarche se veut anti-intellectuelle, au nom du vivre et du sentir."	2	1	2	0	0
15.5 " L'école, instrument politico-idéologique, constitue un haut lieu de critique idéologique où l'idéologie dominante et les contre-idéologies cherchent à s'imposer."	3	1	1	0	0
15.6 " L'école néo-corporatiste traduit l'existence d'un professionnalisme et d'un syndicalisme qui instaurent une lutte pour définir l'école à partir d'eux-mêmes en s'exprimant en contre-pouvoir."	3	2	0	0	0
15.7 "L'école communautaire se caractérise par la recherche, entre autres, de milieux sociaux plus humains, d'une maîtrise individuelle et collective des différents cadres de vie et-ou d'une autodétermination socio-politique dans l'élaboration des objectifs et l'aménagement des moyens."	1	0	1	2	1
15.8 " L'école, lieu de l'homme forme un homme individuel et social, intérieur et politique. (...) Elle cherche à cultiver une conscience historique, à donner une formation éthique et philosophique et à développer une profondeur de pensée."	1	0	4	0	0
16. Les paradigmes éducationnels (Bertrand et Valois)					
16.1 " Le paradigme rationnel centré sur la transmission des connaissances et des valeurs dominantes."	1	2	2	0	0
16.2 "Le paradigme technologique centré sur l'efficacité de la communication éducative."	2	0	0	1	1
16.3 " Le paradigme existentiel centré sur le développement de la personne."	0	0	5	0	0

Tableau II-suite: Résultats des jugements des experts (n=5) en Sciences de l'éducation, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les différents modèles éducationnels

Typologies et modèles éducationnels	Distribution de fréquences: Degré de rapprochement du programme virtuel avec le modèle en cause				
	0	1	2	3	4
16. Les paradigmes éducationnels (Bertrand et Valois)-suite					
16.4 "Le paradigme de la pédagogie institutionnelle centré sur l'abolition des rapports entre dominants et dominés."	2	2	0	1	0
16.5 " Le paradigme inventif centré sur la construction de communautés de personnes."	1	1	1	2	0

Commentaires faits par un juge:

- Les cotes 2 ou 3 pour les modèles de pédagogie ouverte ou organique le sont dans le sens où l'ensemble du programme (...) [virtuel] répond à des besoins exprimés au préalable par les répondants. La formulation du programme (...) [virtuel] de même que son organisation laisse peu de place à la "domination de l'objet par le sujet" au présent, à l'intérieur d'un processus ouvert et non directif. Inversement, les modèles plus fermés ou plus traditionnels sont cotés 2 ou 3 dans la mesure où la planification de l'activité est systématique et où l'animateur encadre le déroulement des activités et des discussions bien au-delà (en termes de contrôle) de ce qu'on serait en droit de s'attendre de la part d'un facilitateur. Ces deux remarques ne doivent cependant pas obscurcir le fait qu'aucun énoncé ne semble décrire de manière "considérable" ou "totale" l'ensemble du programme (...) [virtuel]. Plusieurs énoncés se rapprochent modérément ou considérablement de certains aspects du modèle (tantôt l'un, tantôt l'autre). La nature même des activités de formation ainsi que sa durée font que les affinités du modèle avec certains énoncés sont plus grandes là où ces énoncés décrivent d'une manière systématique des activités délimitées, proposant un apprentissage actif et coopératif, mais néanmoins assez balisé dans ses contenus. 7.3 en ce sens, peut difficilement s'appliquer à un processus d'apprentissage court, par exemple... 11.2 au contraire, s'applique très bien à une activité de perfectionnement du type de celle qui est proposée dans le programme modèle. C'est même là l'énoncé qui, à notre sens, convient le mieux à la description formelle de la nature du modèle proposé.

Tableau III: Résultats des jugements des experts (n=11) en Sciences de l'éducation et en prévention du sida, sur la concordance entre l'ensemble du programme virtuel et les besoins de formation des intervenants-jeunesse en prévention du sida

Juges	Degré de concordance: fréquence des réponses 0 aucune	1 peu	2 modérée	3 considérable	4 parfaite
Sida	0	0	1	3	2
Edu	0	0	1	3	1
Total	0	0	2	6	3

IV- Réponses fournies par les experts à la question suivante: - En répondant à la question précédente [concordance entre besoins et programme virtuel], qu'entendiez-vous par "besoins de formation"?

A) Experts en prévention du Sida:

#1
- dimensions ou aspects pas suffisamment acquis ou maîtrisés afin de faire une intervention adéquate en matière de prévention du sida et des MTS; écart entre la situation réelle et la situation désirée pour les intervenants en prévention-jeunesse MTS/sida; écart à combler

#2
- augmenter (1) les connaissances sur la sexualité (désir sexuel, plaisir, orgasme, masturbation, orientation, contraception, variations avec l'âge, le revenu, les expériences, comportements déviants, etc.); (2) le savoir général Sida et MTS (terminologie, transmission, bio-médical, dépistage (++), traitement, prévention, ressources, etc.);
-améliorer les attitudes face au sida et sexualité, vie sociale et la perception du risque pour soi
-améliorer les aptitudes comme formateur à s'adapter aux besoins du groupe/de l'individu

#3
- ce sont les apprentissages identifiés par les intervenants afin qu'ils soient en mesure d'agir comme personne ressource auprès des jeunes sur la problématique du sida et des MTS.
-Toutefois, la question 1 pose problème puisque les résultats de l'enquête ne reflètent que les besoins exprimés par les intervenants. Heureusement, le programme tient compte non seulement des besoins identifiés par eux, mais va plus loin en touchant par exemple les attitudes, les valeurs et les craintes des intervenants même s'ils n'ont pas exprimé ce besoin. Donc, ça concorde et ça va même plus loin.

#4
- les besoins signifiés par les répondants(es) ainsi que par la recherche éducative. Il faut aussi dépasser l'information. Les besoins se heurtent quelquefois aux non acquis, aux acquis erronés.
- tout ce qu'une personne doit savoir-savoir, savoir-être et savoir faire pour intervenir adéquatement avec les jeunes sur le sida

#5
- En regard du sida, les besoins exprimés par les répondants en termes de préférences, trouvent une réponse. Par ailleurs, les assises des répondants en ce qui a trait à la sexualité en général, leurs attitudes, leur ouverture, semblent plus glissantes. Un dérapage pourrait survenir
- Besoins de formation= besoins exprimés par les participants en fonction de leurs intérêts et perception actuelle du rôle qu'ils exercent aurpès des jeunes mais aussi besoins en fonction de la tâche à venir, de la

clientèle ciblée et de l'outillage requis pour le faire. Ex.: désinfection des seringues et aiguilles et condom...peu d'intérêt, mais besoin

#6
- les besoins de formation qui ont été exprimés par les intervenants, c'est-à-dire sur ce qu'ils ont besoin d'être formés pour travailler la prévention du sida et des MTS

B)Experts en Sciences de l'éducation

#7
- en acceptant les postulats qui ont présidé à l'élaboration de l'enquête, je limite le sens de "besoin de formation" aux aspects circonscrits: les connaissances, les attitudes et les comportements d'intervention concernant le sida et les MTS

#8
- les informations recueillies dans les tableaux(...) [de résultats de l'analyse des besoins]: lacunes et souhaits des intervenants

#9
- les besoins de formation (information et formation à l'intervention-prévention) des intervenants non seulement tels qu'exprimés par ceux-ci (souhaits), mais également en fonction des lacunes constatées par le biais des réponses au questionnaire

#10
- "besoins" à divers plans: ceux de l'information et des attitudes, donc besoins touchant à la fois le cognitif et l'affectif, pourvu que les besoins partent des apprenants
- "formation" dans le sens de structuration et hiérarchisation de données déjà acquises, précisions sur des concepts, voire capacité à changer des valeurs (ou du moins à s'orienter plus fermement face à elles), tout ceci dans une optique systémique

#11
- À la fois les objectifs (généraux, de contenu, d'habiletés, valeurs et attitudes) ainsi que les façons de les atteindre. Les priorités identifiées par l'échantillon de répondants à l'enquête préalable, enrichies d'objectifs complémentaires, jugés nécessaires par les concepteurs du programme, en plus des aspects pédagogiques les plus susceptibles de convenir à la fois aux étudiants et aux objectifs

V- Réponses fournies par les experts à la question suivante: En répondant à la question [sur la concordance entre besoins et programme virtuel], qu'entendiez-vous par "répondre" aux besoins de formation?Inscrivez votre réponse ci-après.

A) Experts en prévention du Sida:

#1:
- outiller, transmettre les connaissances, favoriser l'adoption d'attitudes positives, l'acquisition ou le développement d'habiletés nécessaires à l'intervention

#2
- choisir des activités de formation qui soient (1) adaptées au contenu à transmettre et (2) susceptibles de combler les besoins de la personne formée;
- donner les outils nécessaires pour supporter les formateurs dans leurs activités de formation;
- permettre au formateur de s'impliquer pour (1) augmenter son intérêt pour les sujets où il se sent moins à l'aise et (2) améliorer ses habiletés et découvrir ses forces et ses faiblesses

#3
-répondre aux besoins de formation va plus loin que de répondre à ceux apparaissant dans les résultats;

- il s'agit d'offrir des activités d'apprentissage permettant de satisfaire les besoins identifiés dans les résultats mais aussi de susciter la mise sur pied d'activités allant au delà, parce que des experts en formation veulent faire évaluer les intervenants non seulement sur des connaissances tel que soulevé dans les résultats, mais sur un cheminement personnel de réflexion sur la problématique

#4
- répondre signifie réagir aux attentes des intervenants(es) et personnes atteintes mais aussi aller plus loin que...la prévision; la vision fait aussi partie de la réponse

#5
- répondre en fonction des objectifs du programme-modèle et des besoins de la clientèle-cible
- il apparaît, et le programme-modèle ne peut tout assumer, que les répondants présentent des déficits allant de moyennement à très important à divers niveaux. Est-ce que le programme-modèle va pouvoir tamiser ces déficits, les rendre inopérants?

#6
- ce qu'il faudrait donner comme formation pour rendre les intervenants aptes à travailler à la prévention du sida;
- il n'y a pas assez de formation sur attitudes et sexualité (homosexualité, etc.)

B)Experts en Sciences de l'éducation

#7
- la réponse du programme-type aux besoins est dépendante de l'importance accordée aux aspects de la formation pour lesquels la population qui a répondu à l'enquête a obtenu des résultats inférieurs à 75%. Les aspects de formation qui présentent un écart marqué face aux besoins de formation exprimés sont, par ordre décroissant: 1- savoir sur la sexualité et attitude envers la sexualité; 2- comportements d'intervention; 3- moyens de formation

#8
- les objectifs et les contenus du programme-modèle
- j'ai procédé en faisant une liste abrégée des contenus et des objectifs, liste que j'ai ensuite comparée aux informations données dans les tableaux du document d'analyse des besoins de formation

#9
- pallier les lacunes constatées et exprimées (...) par un programme de formation

#10
- "répondre" dans le sens de satisfaire à des besoins explicitement formulés ou ressortant dans le non dit des discussions informelles
- suppose une animatrice très au fait, une documentation et des outils de travail très à point
- entraîne nécessairement, si satisfaits, (a) une plus grande efficacité sociale des intervenants(es) et (b) une plus grande satisfaction personnelle des gestes posés

#11
- degré d'adéquation entre le programme (...) [virtuel], les types et les besoins des étudiants ainsi que les objectifs visés, dans le contexte du milieu québécois

ANNEXE 4:

Le programme modèle de formation d'intervenants-jeunesse
en prévention du Sida et des MTS

Programme modèle québécois de formation d'intervenants-jeunesse en prévention du sida et autres MTS

par
L. Gaudreau*, M. Dupont** & S.P. Séguin* (1992)

I- Objectifs

Objectifs généraux:

1- Aborder la problématique du sida sous différents angles
2- Se familiariser avec les stratégies et moyens d'intervention éducative en prévention des MTS et du sida
3- Développer ses qualités comme intervenant-e impliqué-e dans la lutte contre le sida

Objectifs spécifiques:

Les participants-es seront amenés à:

1.1 avoir un aperçu global de la problématique du sida, des MTS et de ses différents aspects: épidémiologique, bio-médical, psychosocial, éthique et moral, sexologique, préventif et éducationnel

1.2 décrire l'évolution des événements entourant l'infection au VIH, partant des comportements susceptibles d'être la voie de transmission du virus jusqu'au sida en phase terminale, en passant par l'étape du test anti-VIH

1.3 décrire les comportements préventifs face au sida et aux autres MTS

1.4 distinguer les caractéristiques des jeunes de celles des adultes, en termes de valeurs, de mode de pensée, de perception du risque, et autres aspects pertinents

2.1 dans leurs interventions actuelles ou éventuelles auprès des jeunes, adopter des stratégies éducatives appropriées: de modification des comportements, de développement d'habiletés, de stimulation de la réflexion, de support aux jeunes et de référence à d'autres ressources

2.2 utiliser adéquatement leurs habiletés d'animation, de démonstration, de communication, d'informateur, de planification

2.3 explorer le matériel et les ressources disponibles, ou en concevoir au besoin, pour l'intervention préventive auprès des jeunes

2.4 entreprendre ou consolider les activités de prévention du sida et des MTS auprès des jeunes

2.5 se doter d'outils éducationnels appropriés pour l'intervention préventive auprès des jeunes

3.1 examiner leurs propres caractéristiques personnelles (valeurs, attitudes, craintes, limites, forces, etc.) et les liens de ces dernières avec leurs interventions auprès des jeunes dans le domaine de la prévention du sida et des autres MTS

3.2 attacher de l'importance à l'exercice de leur rôle d'agent en éducation face au sida et aux MTS, et en promotion de la santé sexuelle

3.3 démontrer une attitude positive face aux sujets impliqués par le domaine du sida, des MTS et de leur prévention, et à l'égard des personnes atteintes, de l'homosexualité et des jeunes, et de l'ouverture face au phénomène de la consommation de drogues.

*Dép. des Sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal
**Département de Santé Communautaire de l'Hôpital Sacré-Coeur, Montréal

II-Contenu

1. Aperçu général
   1.1 Épidémiologie et prévalence du sida
   1.2 Origine historique du sida: brève allusion
   1.3 Les jeunes face au sida:
      - préjugés, attitudes, connaissances, valeurs, comportements face au sida et autres MTS

2. Les aspects biomédicaux du sida
   2.1 Description du VIH et de l'infection
   2.2 Mécanismes de transmission du VIH: niveaux de risques de transmission
   2.3 Symptômes de l'infection et évolution
   2.4 Tests anti-VIH et suivi
   2.5 Traitements et soins: bref aperçu

3. Les aspects psychosociaux du sida
   3.1 La personne vivant avec le sida et son entourage: vécu, émotions, besoins, souffrance, mort
   3.2 Attitudes et comportements face aux personnes atteintes

4. D'autres aspects du sida: bref aperçu
   4.1 Aspect éthique-moral, confidentialité
   4.2 Aspect socio-légal et économique

5. Les principaux types d'intervention dans le domaine du sida
   5.1 Conselling: pré-postest anti-VIH et auprès des personnes atteintes: aperçu
   5.2 Éducation-information

6. Les autres Maladies Transmissibles Sexuellement (MTS): informations de base
   6.1 Prévalence
   6.2 Aspects bio-médicaux: symptômes, transmission, dépistage, traitement

7. Prévention-promotion de la santé
   7.1 Situations et comportements à risque d'infection
   7.2 Mesures préventives
      7.2.1 Prévention dans la transmission sexuelle
      7.2.2 Le condom: efficacité, caractéristiques, disponibilité, sécurité, coûts...
      7.2.3 Seringues non empruntées, non souillées, désinfection, stérilisation
   7.3 Déterminants pour l'adoption d'un comportement sécuritaire
   7.4 Les ressources: accessibilité: ex.: guide d'activités éducationnelles, clinique MTS, lieux de distribution de seringues et de condoms

8. Comment intervenir
   8.1 Stratégies appliquées en prévention du sida et en éducation sexuelle auprès de différentes catégories de jeunes (groupe d'âges, jeunes en difficulté, jeunes de la rue, etc.)
   8.2 Communication, comment transmettre les messages
   8.3 Les activités d'apprentissage suggérées
   8.4 Les outils d'intervention

9. L'intervenant-e
   9.1 Ses attitudes: face aux personnes atteintes, aux comportements sécuritaires, etc.
   9.2 Ses valeurs
   9.3 Ses craintes
   9.4 Ses limites
   9.5 Ses comportements
   9.6 Son rôle face au sida et MTS auprès des jeunes et dans les institutions

III- Activités

SESSION 1: 4 heures

1- Accueil, présentation de la situation de cette formation dans le cadre de la recherche. Il est demandé aux participants-es de s'engager à être présents à chacune des séances jusqu'à la fin de l'expérimentation; ils peuvent s'en retirer à ce moment-ci s'ils croient ne pas pouvoir le faire, afin de laisser la possibilité à d'autres intervenants-es de participer au programme. Il leur est également dit que s'ils devaient s'en retirer en cours de route, aucun préjudice ne leur sera causé et qu'ils demeurent libres de participer ou non.

Durée: 15 min.
Fonction: introduction au contexte de la formation

2- L'animatrice présente les principes de fonctionnement du groupe (écoute, confidentialité, support mutuel) et demande à chacun de s'engager dans ce sens. Ces principes sont inscrits sur des feuilles qu'elle distribue à chacun et chacune. Les participants-es écoutent et posent leurs questions au besoin.

Durée: 15 min.
Fonction: assurer le bon fonctionnement du groupe

3- Brainstorming: L'animatrice demande aux participants-es de dire ce qu'il faut posséder comme qualités pour être aptes à exercer leur rôle d'intervenants-es auprès des jeunes dans la prévention du sida et des autres MTS. Elle demande de résumer ces éléments en un ou deux termes qu'elle inscrit sur des feuilles d'animation déjà collées sur les murs, pour former une liste. Au besoin, elle pose des questions de sorte que les aspects suivants soient couverts: attitudes d'acceptation, esprit ouvert, réceptivité face à la sexualité, à l'homosexualité, face aux personnes atteintes, face à la consommation de drogues par les jeunes, face aux jeunes, les valeurs, les habiletés, les connaissances. L'animatrice demande également des aspects que peuvent avoir les intervenants-es et qui sont susceptibles de nuire à leur travail d'intervention auprès des jeunes en prévention sida-MTS. Elles demande de résumer ces éléments en un ou deux termes qu'elle inscrit sur les feuilles d'animation pour former une seconde liste. Au besoin, elle pose des questions de sorte que les aspects suivants soient couverts: attitudes défavorables, craintes, limites, réticences, préjugés, méconnaissance des institutions impliquées. Les participants-es émettent leurs idées et l'animatrice inscrit leurs réponses rapidement et introduit , au besoin, des questions sur les sujets mentionnés.

Durée: 45 min.
Ressource: feuilles d'animation déjà installées au mur, stylo feutre, papier adhésif (les feuilles d'animation seront conservées pour la dernière activité du programme)
Contenu: 9.1 à 9.6
Objectifs: 3.1, 3.2, 3.3

4- Animation-discussion: L'animatrice demande aux participants-es quelles sont leurs propres qualités et leurs propres limites ou craintes personnelles comparé à ce qui est inscrit sur les feuilles d'animation; elle leur demande également ce qu'ils peuvent faire pour améliorer leur propre situation. Au fur et à mesure qu'ils s'expriment, elle reformule et fait des reflets. Les participants-es s'expriment à tour de rôle.

Durée: 40 min.
Ressource: les deux listes inscrites au tableau
Contenu: 9.1 à 9.6
Objectifs: 3.1, 3.2, 3.3

5- Étude de cas: L'animatrice demande aux participants-es de raconter aux autres un cas où ils sont intervenus auprès de jeunes dans le domaine de la prévention du sida ou des MTS. Chaque participant-e dispose de 4 minutes pour décrire la situation. Ils s'expriment à tour de rôle. L'animatrice reformule au besoin; elle pose des questions et suggère aux participants-es de poser leurs questions ou d'exprimer leurs réactions au fur et à mesure. Elle affiche à la vue de tous et toutes les points à soulever lors de la narration de son expérience par chacun des participants-es:

"- Quels étaient vos objectifs?
- Quelles étaient les caractéristiques des jeunes?
- Quel matériel avez-vous utilisé?
- Que ressentiez-vous?
- Comment vous y êtes-vous pris? Qu'avez-vous fait ou dit?
- Combien de temps cela a-t-il pris?
- Quel effet cela a-t-il eu sur les jeunes?
- Quel était le principal point fort de votre intervention?

- Quel était le principal point faible de votre intervention?"

L'animatrice inscrit sur les feuilles d'animation affichées à la vue de tous et toutes, les grandes lignes de ce qui est dit sur chacun de ces points.

Durée: 45 minutes
Ressource: - feuilles d'animation 36x24 po, stylo-feutre, papier adhésif
- liste des questions inscrites à l'avance sur une feuille d'animation et affichée devant le groupe
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.3 à 9.6
Objectif: 3.1

Pause: 10 minutes (ou 15 minutes sans le prétest)

6- Exposé: L'animatrice demande aux participants-es de remarquer les points communs qu'elle a relevés quant aux objectifs visés dans les cas racontés, quant aux éléments d'information transmise reliée au sida, aux MTS et à leur prévention, quant aux moyens employés pour intervenir, et quant à l'intervenant-e (ressenti, comportements, etc.). Elle encercle ces aspects sur les feuilles d'animation où sont inscrites les notes qu'elle a prises. Elle leur indique parmi les points relevés ceux qui seront couverts dans ce programme, ceux qui seront plus approfondis; elles leur mentionne les points qui ne sont pas communs ou qui n'apparaissent pas dans les cas présentés mais qui seront abordés. Les participants-es regardent et écoutent; ils interviennent s'ils le veulent.

Durée: 15 minutes
Ressource: - les feuilles d'animation sur lesquelles sont inscrites les notes prises lors de l'activité précédente, stylo feutre
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectif: 3.1 (et fonction :présentation du programme de formation)

7- Exposé avec acétates: L'animatrice expose l'aperçu général de la situation des MTS et du sida quant aux aspects épidémiologiques pour la population québécoise et pour les jeunes en particulier. Elle mentionne les principaux événements historiques sur le sida. L'animatrice distribue un document-synthèse. En se servant du rétroprojecteur et d'acétates, elle souligne les principaux points concernant le sida et certaines MTS quant aux divers aspects biomédicaux: épidémiologie, transmission, symptômes et traitement qui sont présentés dans le document-synthèse. Elle demande aux participants-es non familiers avec ces informations de lire ultérieurement et au complet la documentation à la maison. Les participants-es regardent et écoutent; ils interviennent s'ils le veulent.

Durée: 30 minutes
Ressource: - les feuilles d'animation sur lesquelles sont inscrites les notes prises, stylo feutre
- une pochette de documentation par participant-e (sur les aspects épidémiologiques, les modes de transmission, du sida et des MTS, sur les symptômes, le le test, les traitements)
- acétates, rétroprojecteur, écran
Contenu: 1.1, 1.2, 2.2 à 2.5, 6.1,6.2
Objectif: 1.1

8- Visionnement d'un extrait d'un vidéo: L'animatrice annonce qu'il s'agit d'un film sur le VIH et les mécanismes de l'infection. Elle signale les points à remarquer et met l'appareil en marche. Les participants-es écoutent et regardent.

Durée: 20 min.
Ressource: Vidéo sur le VIH et sa progression dans l'organisme(titre à déterminer), unité de visionnement
Contenu: 2.1 à 2.4
Objectifs: 1.1, 1.2

9- Questions-réponses: L'animatrice demande aux participants-es de poser leurs questions sur le contenu du vidéo. Les participants-es qui le veulent s'expriment. Au besoin, l'animatrice redirige les questions vers le groupe ou explique certains points.

Durée 10 min.
Ressource: aucune
Contenu: 2.1 à 2.4
Objectifs: 1.1, 1.2

L'animatrice annonce ce qui sera vu dans le prochain bloc d'activités de 4 heures

Durée: 2 min.

Session 2: 4 heures

10- Visionnement d'un vidéo: L'intervenante introduit un vidéo qui présente des témoignages de personnes vivant avec le sida, et qui abordent les points suivants: comment se sont passés la transmission, le test anti-VIH, le conselling pré-postest, l'évolution de la maladie, les traitements, son vécu, ses besoins, ce que la personne éprouve maintenant et ce qu'elle a éprouvé, les réactions de son entourage, sa vision de la mort. Elle demande aux participants-es de noter leurs réactions et commentaires face aux aspects qui les frappent. Elle met l'appareil en marche et les participants-es écoutent et regardent le vidéo.

Durée: 50 minutes
Ressource: - Vidéo présentant des témoignages de personnes vivant avec le sida
- Unité de visionnement
Contenu: 2.4,2.5, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5.1
Objectifs: 1.1, 1.2, 3.2, 3.3

11- Exposé informel avec animation-discussion: L'animatrice demande aux participants-es d'exprimer leurs commentaires et réactions sur ce qu'ils viennent d'entendre, de faire le point sur leurs réactions à l'égard des personnes atteintes. L'animatrice reformule et fait des reflets au besoin. Elle reprend aussi les éléments de contenu qui s'appliquent à l'ensemble des personnes vivant avec le sida et à leur entourage. Les participants-es écoutent et ceux qui le veulent s'expriment à tour de rôle.

Durée: 20 minutes
Ressource: Aucune
Contenu: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 9.1
Objectifs: 1.1, 1.2, 3.2, 3.3

12- Exposé à l'aide d'acétates: L'animatrice distribue à chacun des feuilles-synthèse qui illustrent les comportements qui servent de voies de transmission à l'infection au VIH et aux MTS en général. En se servant d'acétates qui exposent ces mêmes illustrations, l'animatrice décrit les comportements à risque. Les intervenants-es regardent et écoutent. S'ils le désirent, ils posent leurs questions et l'animatrice y répond.

Durée: 15 min.
Ressource: - acétates illustrant les comportements risqués
- rétroprojecteur
- feuilles-synthèse illustrant les acétates et distribuées à chacun et chacune
Contenu: 2.2, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.2

13- Atelier: L'animatrice demande de former des groupes de 3-4 personnes. Elle demande de chercher à établir trois définitions les plus précises possible et les plus englobantes possible de la notion de" risque perçu de contracter la maladie" : la première représente la notion que possèdent les jeunes, la deuxième représente la notion que possèdent leurs parents et la troisième, celle que possèdent les participants-es à titre d'intervenants-jeunesse. L'animatrice demande d'inscrire ces définitions sur une feuille d'animation. Les participants-es s'exécutent.

Durée 30 min.
Ressource: 4 feuilles 36x24 po, 4 stylos feutres
Contenu: 1.3, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.4

14- Plénière: L'animatrice demande à chaque équipe d'afficher sa feuille-synthèse et de lire à haute voix les définitions présentées. Les équipes présentent à tour de rôle leurs définitions. L'animatrice fait des reformulations au besoin ou pose des questions de précision. Elle indique aux participants-es qu'ils peuvent eux aussi poser des questions d'éclaircissement.

Durée 10 min.
Ressource: feuilles d'animation de l'activité 13
Contenu: 1.3, 7.1
Objectifs: 1.1, 1.4

Pause: 10 minutes

15- Exposé: L'animatrice indique aux participants-es les points communs et les différences entre les équipes et entre les notions des jeunes, ensuite entre les notions des parents puis entre les notions des intervenants-es. L'animatrice indique aussi les différences entre la notion des jeunes et celles des parents et des intervenants-es. Elle indique également ce que cela implique pour l'intervention en prévention du sida et des MTS auprès de la jeunesse et mentionne les déterminants inhibant les comportements préventifs. Les participants-es écoutent.

Durée 15 min.
Ressource: feuilles d'animation de l'activité 12
Contenu: 1.3, 5.2, 7.1, 7.3
Objectifs: 1.1, 1.4, 2.4, 3.2

16- Exposé: L'animatrice distribue un résumé écrit provenant des données d'enquêtes québécoises sur les caractéristiques des jeunes: valeurs, attitudes face à la prévention du sida et des MTS, connaissances, comportements à risques d'infection. Elle en résume l'essentiel en se servant d'acétates. Les participants-es regardent et écoutent.

Durée 15 min.
Ressource: - acétates résumant les données d'enquête
- Résumés écrits des données d'enquête et références
Contenu: 1.3, 7.1
Objectif: 1.4

17- Animation: L'animatrice demande aux participants-es de dire quels sont les aspects de cette description qui reflètent ou ne reflètent pas leur clientèle respective de jeunes. Elle leur demande aussi les implications de ces caractéristiques sur l'intervention en prévention auprès des jeunes. Les participants-es qui le veulent font leurs commentaires.

Durée: 15 min.
Ressource: résumés écrits des données d'enquête
Contenu: 1.3, 5.2
Objectif: 1.4, 3.3

18- Exposé: En se servant d'acétates, l'animatrice présente un résumé de la description des mesures préventives contre le sida et les autres MTS et attire l'attention sur les comportements sexuels. Elle distribue le résumé écrit aux participants-es. Ces derniers écoutent.

Durée: 15 min
Ressource: - résumés écrits des comportements préventifs
- acétates et rétroprojecteur
Contenu: 7.2, 7.2.1
Objectif: 1.3

19- Démonstration: L'animatrice annonce le sujet du prochain atelier: l'utilisation du condom et la désinfection de seringues. L'animatrice explique et démontre la pose du condom et la désinfection de seringues. Les participants-es regardent et écoutent.

Durée: 10 min.
Ressource: - un condom, lubrifiant à l'eau, un modèle pénien
- 1 seringue, 1 contenant d'eau de Javel et 1 contenant d'eau
Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.2
Objectifs: 2.2

20- Exposé: L'animatrice explique les caractéristiques d'une bonne explication et d'une bonne démonstration. Elle distribue un résumé des recommandations à cet effet. Les participants-es écoutent.

Durée 10 min
Ressource: - résumé écrit sur le déroulement d'une explication et d'une démonstration fondé sur Brown (1980). Bien faire un cours, un exposé, une conférence.
Contenu: 8.2
Objectifs: 2.2

21- Démonstration-expérimentation: L'animatrice demande aux participants-es de se grouper en équipes de 2 personnes. Chaque équipe reçoit un ensemble composé de condoms, d'un modèle de pénis artificiel, de lubrifiant à l'eau, de seringues avec aiguilles et de petites bouteilles d'eau de Javel et d'eau. L'animatrice demande que l'équipe prenne d'abord environ 5 minutes pour se préparer à l'explication et à la démonstration de la pose du condom et de la désinfection de seringues. Elle demande qu'ensuite, chacun des membres de l'équipe fasse pendant 10 minutes chacun, l'explication et la démonstration de la pose du condom sur le modèle de pénis et de la désinfection de seringues. Elle demande également au membre de l'équipe qui observe

pendant ce temps, de prendre le rôle d'un jeune à qui s'adresse la démonstration et de prendre part à celle-ci à ce titre. L'animatrice indique aussi que les observateurs commentent la démonstration et l'explication données par son co-équipier ou sa co-équipière. Les participants-es s'exécutent.

Durée: 20 min.
Ressource:- 1 condom par participant-e, l'ensemble étant de marques de couleurs différentes
- 1 modèle de pénis artificiel par équipe
- 1 lubrifiant par équipe
- 1 seringue avec aiguille par équipe
- 1 petit contenant d'eau de Javel par équipe
- 1 petit contenant d'eau par équipe
Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.1, 8.3, 8.4
Objectifs: 2.2

22- L'animatrice demande deux volontaires pour faire la démonstration et l'explication "parfaites", l'un pour le condom et l'autre, pour la désinfection de seringues. Les deux volontaires (l'animatrice assigne deux personnes en l'absence de volontaires) expliquent et démontrent à tour de rôle la pose du condom et la désinfection de seringues. L'animatrice demande aux participants-es de conseiller au besoin les deux volontaires et voit à rectifier la démonstration ou l'explication si nécessaire. Les autres participants-es écoutent, regardent et interviennent au besoin

Durée: 10 min.
Ressource: - un condom, lubrifiant à l'eau, un modèle pénien
- 1 seringue, 1 contenant d'eau de Javel et 1 contenant d'eau
Contenu: 7.2.2, 7.2.3, 8.2
Objectifs: 2.2

L'animatrice annonce le contenu de la prochaine session: 2 minutes

---

Session 3: 3 heures + postest

23- Exposé: L'intervenante présente divers guides d'activités ou programmes employés en prévention. En recourant à des acétates présentant des exemples des activités suggérées par ces documents, elle expose un résumé des stratégies appliquées dans cette documentation. Elle attire l'attention sur les ressources offertes aux jeunes en matière de MTS-sida (ex. clinique MTS, lieu d'échanges de seringues) Les participants-es regardent et écoutent.

Durée : 30 min.
Ressource: - Partie complémentaire au volet Éducation à la sexualité, sur le sida, du Programme scolaire de Formation Personnelle et Sociale
- 5 différents guides d'activités produits au Québec pour la prévention du sida et des MTS chez les jeunes
- acétates résumant les stratégies
- résumés écrits avec les références, des stratégies et types d'activités proposés
Contenu: 7.4, 8.1, 8.3, 8.4
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.5

24- Atelier d'exploration de ressources et de création d'activités: L'animatrice demande aux participants-es de constituer 4 équipes. Elle leur demande de préparer, pendant 35 minutes, en équipe une activité éducationnelle de prévention sida-MTS qu'ils n'ont encore jamais faite, qu'ils choisissent parmi celles qui sont suggérées dans les documents présentés à l'activité 23 ou qu'ils créent en s'en inspirant. L'animatrice indique aussi qu'ils feront avec le groupe un extrait de 10 minutes provenant de cette activité. L'un des membres de l'équipe agira comme intervenant-e et tout le reste du groupe ou un membre du groupe emprunteront le rôle des jeunes ou du jeune impliqués par cette activité. L'animatrice leur indique qu'ils disposent de certains matériaux: acétates, affiches, documentation de leur pochette, feuilles-support des guides d'activités, condoms et modèles péniens, seringues, etc. Elle indique aux participants-es que les équipes devront travailler à partir de guides d'activités différents de sorte qu'un éventail soit présenté à tous et toutes lors des mises en situation qui auront lieu devant le groupe. Elle demande aux participants-es s'ils ont des questions et y répond le cas échéant. Les participants-es se regroupent et font l'atelier.

Durée: 40 min.
Ressources: - un guide d'activités éducationnelles par équipe
- Des acétates provenant de ces guides
- Des cartons, papiers, stylos-feutres
- Condoms, lubrifiant, seringues, etc.
Contenu: 8.1, 8.3, 8.4, 9.6

Objectifs: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5

25-A) Mises en situation: L'animatrice demande que 2 équipes présentent à tour de rôle un extrait de 10 minutes d'ac- tivités éducationnelles; les autres prennent le rôle des jeunes visés. Elle demande aussi de prendre des notes sur les points à améliorer ou sur les idées d'intervention que cela leur donne. Les équipes font les activités à tour de rôle

Durée: 25 min.
Ressource: même que pour l'activité 24
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1 à 2.5

26- A) Exposé informel et animation-discussion: L'intervenante demande aux participants-es de commenter les deux activités éducationnelles qui ont eu lieu. Elle fait elle aussi ses commentaires.

Durée 10 min.
Ressource: aucune
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.4, 2.5

25-B) Suite des mises en situation: L'animatrice demande que les 2 autres équipes présentent à tour de rôle un extrait de 10 minutes d'activités éducationnelles et que les autres prennent le rôle des jeunes visés. Elle demande aussi de prendre des notes sur les points à améliorer ou sur les idées d'intervention que cela leur donne. Les équipes font les activités à tour de rôle

Durée: 25 min.
Ressource: même que pour l'activité 24
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5

26-B) Suite de l'exposé informel avec animation-discussion: L'intervenante demande aux participants-es de commenter les deux activités éducationnelles qui ont eu lieu. Elle fait elle aussi ses commentaires.

Durée 10 min.
Ressource: aucune
Contenu: 8.1 à 8.4, 9.5
Objectifs: 2.1, 2.3, 2.4, 2.5

Pause: 10 minutes

27- Discussion ouverte: L'animatrice installe au mur les feuilles d'animation qui ont été remplies à l'activité numéro 3. Elle demande aux participants-es de commenter ce qui a été abordé dans ce programme en le comparant à ce qui est inscrit sur les feuilles ou à ce qu'eux-mêmes ou elles-mêmes constatent dans leur propre cas comme forces et limites. Les participants-es qui le veulent s'expriment. Au besoin, l'animatrice résume les points couverts par le programme en rapport avec ce qui est inscrit sur les feuilles d'animation et ajoute les points vus dans le programme mais qui ne figurent pas sur la liste de l'activité 3.

Durée: 30 minutes
Fonction de l'activité: clôture
Ressources: feuilles d'animation remplies à l'activité 3

L'animatrice rappelle aux participants-es qu'ils recevront une attestation d'études non créditées de l'UQAM, que nous devrons les recontacter pour leur faire parvenir cette attestation et qu'il est de la plus haute importance pour la recherche que nous ayons leurs coordonnées à jour afin de les recontacter à l'automne 92 pour le post-postest. L'animatrice annonce qu'il y a l'évaluation. L'animatrice remercie les participants-es pour leur collaboration.

Fin de la formation

Postest (60 min.): Les participants-es répondent individuellement et par écrit au questionnaire d'évaluation.
Départ au fur et à mesure qu'ils ont terminé

ISBN 2-9802401-3-3